

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

270

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juin 1889, à 1 heure

Par LOUIS MARINI

Né à Oran (Algérie), le 19 décembre 1866

Ancien interne de l'Hôpital d'Alger

Lauréat de l'École de Médecine d'Alger (Concours 1886 et 1887)

ESSAI SUR LE TRAITEMENT DES CIRRHOSSES

Président : M. PROUST, professeur

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.
 { JOFFROY, SCHWARTZ, agrégés.*

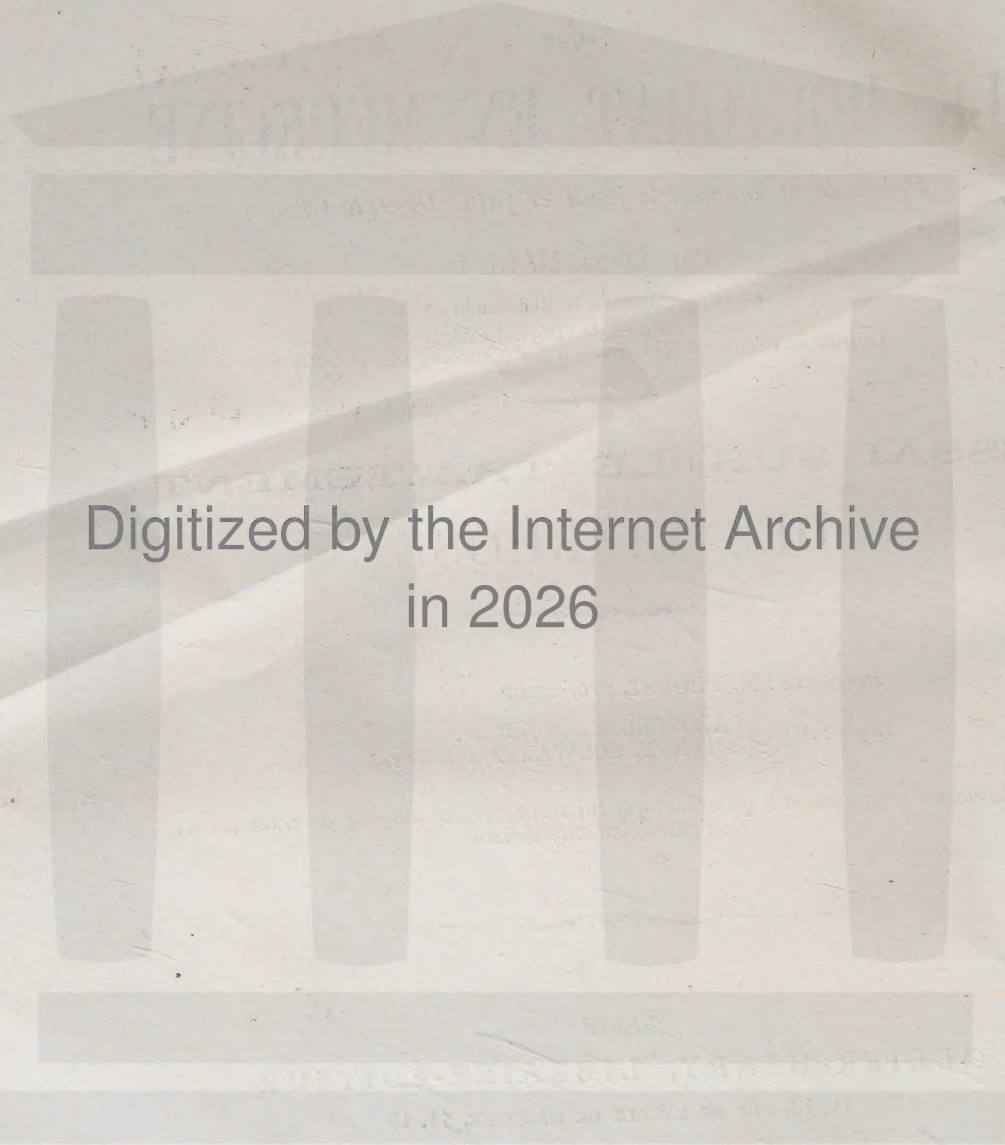
*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554003_0117

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

270

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juin 1889, à 1 heure

Par LOUIS MARINI

Né à Oran (Algérie), le 19 décembre 1866

Ancien interne de l'Hôpital d'Alger

Lauréat de l'École de Médecine d'Alger (Concours 1886 et 1887)

ESSAI SUR LE TRAITEMENT DES CIRRHOSSES



Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.
 { JOFFROY, SCHWARTZ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	CARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	DIEULAFOY
Anatomie pathologique	GUYON.
Histologie	LANNELONGUE.
Opérations et appareils.	CORNIL.
Pharmacologie.	MATHIAS DUVAL
Thérapeutique et matière médicale.	DUPLAY.
Hygiène.	REGNAULD.
Médecine légale	HAYEM.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	N.
Clinique médicale.	LABOULBEN.
Maladie des enfants	STRAUSS.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	G. SÉE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	POTAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	JACCOUD.
Clinique chirurgicale	PETER.
Clinique ophthalmologique	GRANCHER.
Clinique d'accouchement	BALL.
	FOURNIER.
	CHARCOT.
	RICHET.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
	PANAS.
	TARNIER.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MEILLEUR AMI LE DOCTEUR LOUIS PEANO

A MES AMIS

LES DOCTEURS JULES BENOIT ET CHARLES LAPORTE

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

LUCIEN LABBÉ ET PAUL CHAIANÇON

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE D'ALGER

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUCQUOY

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANCEREAUX

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'honneur

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT

DES CIRRHOSSES

AVANT-PROPOS

« La théorie de la cirrhose, telle qu'on peut la formuler
« aujourd'hui, n'est pas l'œuvre d'un seul homme ; c'est le
« fruit lentement mûri d'une série de travaux qui, s'éclair-
« rant les uns par les autres, sont venus répandre progressi-
« ment la lumière sur presque tous les points obscurs de la
« question (1) ».

Ces paroles de Gübler sont aussi justifiées aujourd'hui qu'il y a trente-cinq ans. C'est d'abord la symptomatologie et l'anatomie pathologique de la maladie qui se sont enrichies des acquisitions les plus nombreuses. Les caractères cliniques de la cirrhose vulgaire telle que l'avait vue Laënnec, ont été définitivement fixés ; puis, les observations de Requin, de Genouville, de Millard, de Charcot, de Luys ont fait entrevoir l'existence d'une autre forme symptomatique de la maladie, que le mémoire d'Ollivier de Rouen a définitivement

1. Gübler. Thèse d'agrégation, 1853.

constituée : la cirrhose hypertrophique. A cette distinction symptomatique est venue correspondre une différenciation anatomique, de telle sorte qu'après les mémoires de Hayem et de Cornil, dans les *Archives de physiologie*, et surtout, après la thèse de M. Hanot, on a pu individualiser deux espèces séparées de la cirrhose hépatique, spécialisées à la fois par le critérium clinique et le critérium anatomique. D'un côté, la cirrhose vulgaire, cirrhose atrophique, se traduisant par un amaigrissement rapide, le ballonnement du ventre et l'ascite, la dilatation des veines sous-tégumentueuses de l'abdomen et répondant en anatomie morbide, à une endo-périphlébite portale ou bi-veineuse : de l'autre côté, la cirrhose rare, la cirrhose hypertrophique, sans ascite précoce, mais avec ictère, et reconnaissant pour *substratum* anatomique, une sclérose péri-biliaire avec néoformation des canalicules : tout jusqu'à la marche et la durée de la maladie distinguait ces deux formes de la cirrhose.

Tel était à peu près l'état de la question il y a une dizaine d'années : depuis on s'est aperçu que la variété des observations ne s'accommodait pas d'une schématisation aussi étroite. On a vu des cirrhoses avec gros foie dont l'expression clinique et l'évolution correspondaient presque trait pour trait à la cirrhose de Laënnec ; inversement on a présenté des faits de cirrhose biliaire avec petit foie (Hallopeau et Tuffier), et l'on a été forcé de créer un troisième groupe tout à fait artificiel où furent rangés confusément les faits disparates, le groupe des cirrhoses mixtes.

Bientôt par les progrès de l'analyse clinique et de l'investigation histologique, les types se multiplient : les travaux de MM. Hutinel et Sabourin rappelèrent l'attention sur une

forme d'hépatite chronique ou subaiguë, déjà étudiée sous d'autres noms, notamment par MM. Lancereaux et ses élèves, la cirrhose hypertrophique graisseuse. Comme toujours, en pareil cas, dès que l'attention des médecins fut ramenée sur cet ordre de faits, on en fit une véritable moisson : les observations de cirrhose graisseuse se multiplièrent et M. Hanot en face de la cirrhose hypertrophique graisseuse, donna la description d'une cirrhose atrophique graisseuse à marche rapide.

L'histologie de son côté faisait voir la variété des systématisations topographiques de la sclérose dans le foie : elle enlevait à la cirrhose, dite hypertrophique, le privilège de la néoformation biliaire, en montrant que celle-ci n'était qu'un phénomène banal en rapport avec la transformation régressive des trabécules hépatiques à la périphérie du lobule, et se retrouvant communément dans n'importe quelle variété de cirrhose généralisée ou partielle, primitive ou secondaire. La connaissance des modifications épithéliales, et, en particulier, celle de l'hépatite nodulaire et des transformations adénomateuses, venait encore compliquer cette question de la cirrhose si embrouillée déjà, en apparence, par l'abondance des détails cliniques et des signes anatomiques contradictoires.

En 1886, M. Troisier apportait devant la Société médicale des hôpitaux plusieurs observations de cirrhoses avec ascite, terminées par la résorption de l'épanchement abdominal et une disparition des symptômes pénibles équivalant à une guérison complète. La thèse d'un élève de M. Hanot, le Dr Courtray de Pradel, parue la même année, contient un certain nombre de faits analogues. Depuis, la question du

traitement et de la curabilité de la cirrhose est restée à l'ordre du jour et, parmi les nombreuses communications qu'elle a suscitées, il nous suffit de rappeler ici, pour la mettre en première ligne, la communication magistrale de notre maître, M. Lancereaux, devant l'Académie de Médecine.

Cette notion de la curabilité de la cirrhose est presque entièrement nouvelle. Classiquement, la cirrhose était considérée comme emportant avec elle un pronostic absolument fatal. Les anciens médecins qui connaissaient uniquement la cirrhose de Laënnec avec petit foie rétracté se sont-ils donc trompés sur le pronostic de cette affection ? Ou bien la thérapeutique moderne emploie-t-elle des moyens médicamenteux, inconnus à nos prédécesseurs ? Nous ne le croyons pas. Il ne faut pas parler de la guérison de la cirrhose, mais il faut rechercher, parmi les formes des cirrhoses,¹ quelles sont celles qui sont susceptibles d'amélioration. C'est à quoi nous allons nous attacher dans ce modeste travail.

Trois observations, recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans les services de MM. Proust et Bucquoy, nous ont fourni le prétexte de cette étude. Nous ne saurions trop remercier ces maîtres éminents de la libéralité dont ils usent à notre égard en nous permettant d'utiliser les documents provenant de leurs services.

Que M. le professeur Proust veuille bien agréer en outre l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

CURABILITÉ ET TRAITEMENT DES CIRRHOSES NON ALCOOLIQUES.

La confusion extrême qui règne, au sujet de la classification des cirrhoses, tant qu'on s'en tient aux données de la clinique et de l'anatomie morbide, disparaît dès qu'on fait appel à la notion causale. Comme l'a montré M. Lancereaux, il est impossible de classer les cirrhoses d'après un caractère aussi accessoire que le volume de l'organe affecté. Seul le critérium étiologique permet de mettre un peu d'ordre dans le chaos des hépatites interstitielles, des hépatites prolifératives, et il se trouve que, quand on classe les cirrhoses d'après leurs causes, elles sont du même coup classées par leurs symptômes et par leurs lésions, les causes différentes s'exprimant par des effets cliniques et anatomiques distincts.

Au point de vue étiologique, il importe d'abord de distinguer la catégorie des cirrhoses primitives — celles qui nous intéressent le plus — et la catégorie des cirrhoses secondaires.

Parmi les cirrhoses primitives, il faut éliminer d'abord un certain nombre de cirrhoses rares ou dont l'existence même peut paraître douteuse ; c'est ainsi qu'on a décrit des inflammations chroniques du foie avec induration de l'organe consécutive à l'abus des condiments, du poivre (Virchow), du curill (Budd) : il est possible que des principes irritants de cette nature, puisés dans l'estomac et charriés à travers le

foie par le sang de la veine-porte, puissent, si leur usage est longtemps continué, modifier la trame conjonctive du foie, et en déterminer l'inflammation scléreuse ; mais les faits de ce genre n'ont dans nos climats qu'un intérêt théorique.

M. Lancereaux a décrit une cirrhose anthracosique des fondeurs en cuivre : les poussières charbonneuses, avalées par ces ouvriers, et transportées dans le foie, y provoquaient une hépatite interstitielle analogue à la pneumoconiose anthracosique observée dans les mêmes conditions. Les lésions de cette forme si particulière de cirrhose étaient très caractéristiques ; et l'on ne pouvait admettre qu'il s'agit là d'un simple transport des particules charbonneuses par les cellules lymphatiques dans un organe enflammé par une autre cause, l'intoxication alcoolique, par exemple, car la distribution et l'aspect des lésions différaient totalement des altérations communément constatées dans le foie des buveurs. Mais encore une fois, c'est là une cirrhose extrêmement rare et qui n'a guère plus de chances d'être retrouvée aujourd'hui depuis que les procédés de fabrication ont diminué les dangers auxquels étaient exposés autrefois les ouvriers fondeurs en cuivre.

Il est certain que les substances irritantes, de quelque nature qu'elles soient, sont toutes susceptibles, par une action longtemps continuée sur le foie, de provoquer la réaction inflammatoire de son tissu conjonctif : nous n'en voulons pour preuves que les cirrhoses expérimentales obtenues par M. le professeur Bouchard à l'aide du naphtol, mais nous faisons bon marché des cas exceptionnels et nous avons hâte d'en arriver aux formes étiologiques vulgaires de la cirrhose primitive.

Trois causes dominent l'étiologie générale de la cirrhose primitive du foie : l'alcoolisme, la syphilis et l'impaludisme.

La syphilis attaque le foie de deux manières : ou bien elle produit une hépatite interstitielle diffuse, ou bien elle donne lieu à des dépôts gommeux qui peuvent subir la caséification ordinaire des gommes ou subir l'involution fibreuse et donner lieu par suite à des rétractions cicatricielles, à une véritable cirrhose rubanée.

L'hépatite interstitielle diffuse liée à la syphilis se rencontre de préférence chez le fœtus ou le nouveau-né ; elle est sous la dépendance de l'hérédo-syphilis. Le foie est augmenté de volume, induré en totalité, grisâtre et demi-transparent, comme le « silex et la pierre à fusil », suivant la comparaison classique, et taché de petits points blancs, que Gübler comparait à des « grains de semoule » et qui ne sont autre chose que de petits amas embryonnaires. Les enfants qui portent cette détermination hépatique de la syphilis sont le plus souvent simultanément affectés de syphilis cutanée ou osseuse, ou d'autres localisations viscérales de l'infection ; ils tombent rapidement dans un état de cachexie grave : leur foie est volumineux ; leur ventre très développé contient une petite quantité d'ascite sanguinolente. Il faut se hâter de recourir au traitement mercuriel, soit sous forme de petites frictions d'onguent napolitain, soit à l'aide de la liqueur de Van-Swieten administrée dans du lait : il n'est pas impossible que, sous l'influence de cette médication spécifique combinée avec des conditions hygiéniques convenables, l'enfant reprenne des forces, et que les manifestations syphilitiques disparaissent en totalité ou en partie : toutefois le fait doit être considéré comme extrêmement rare et l'hépatite

syphilitique de l'enfant comporte à bon droit un pronostic défavorable.

Chez l'adulte, la syphilis hépatique ne donne lieu que très exceptionnellement à une lésion de ce genre. Le plus souvent le foie est le siège d'un certain nombre de dépôts caséux que leur sécheresse spéciale, leur couleur franchement jaunâtre, leur lobulation, leur limitation exacte et leur circonscription par des bandes fibreuses, fait reconnaître au premier abord pour des gommes à un œil un peu exercé. D'autres productions nodulaires se sont résorbées, et ont laissé à leur place des dépressions irrégulières à la surface du foie ; ces dépressions sont marquées par des bandes fibreuses qui s'étendent à une certaine profondeur dans le parenchyme de l'organe ; çà et là, au centre du foie, sont disséminés des rubans fibreux enserrant et comprimant des portions assez considérables de la glande. Le foie est irrégulier, déformé ; sa surface semble lobulée comme celle du rein de certains animaux. Des portions de l'organe sont pour ainsi dire amputées par les brides cicatricielles : le lobe gauche peut avoir disparu en entier, tandis que d'autres parties de l'organe sont le siège d'une hypertrophie compensatrice. La péri-hépatite est, en général, plus marquée dans cette forme étiologique de la cirrhose que dans les hépatites interstitielles d'origine différente, et la présence, autour du foie, d'une enveloppe fibreuse qui l'enserme, et qui comprime les branches glissonniennes de la veine-porte, suffit à faire comprendre l'ascite, la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, et un ensemble de symptômes qui, au premier abord, identifient cette cirrhose avec la cirrhose commune. Le diagnostic que les commémoratifs

pourront déjà faire soupçonner, sera établi par l'appréciation de la forme et du volume du foie, par son immobilité, par l'existence de douleurs ayant leur siège et leur point de départ dans l'hypocondre droit, et proportionnées au degré de la péri-hépatite, par le caractère de l'ascite qui est souvent sanguinolente. Le traitement lui-même sera souvent une pierre de touche, car la cirrhose syphilitique guérit ; du moins la médication suffit-elle dans tous les cas à en arrêter les progrès ; et quand les productions fibreuses ne sont pas très anciennes, quand on n'a pas laissé à la production conjonctive le temps d'arriver partout à l'état adulte, lorsque surtout l'état général est encore suffisamment conservé, lorsque la syphilis osseuse n'a pas déterminé simultanément la dégradation amyloïde des viscères, l'amélioration doit être obtenue et la guérison doit survenir.

Plus tard, nous discuterons la valeur relative des divers agents thérapeutiques et des méthodes hygiéniques employées dans la curation des cirrhoses, mais ici, le choix doit être bien vite fait : le régime lacté n'a qu'une importance tout à fait accessoire, et c'est à l'iodure de potassium, secondé éventuellement par les mercuriaux, qu'il convient d'avoir immédiatement recours. L'iodure doit être employée à doses élevées : il importe, dans ces cas, alors qu'il s'agit d'une détermination de la syphilis sur un organe aussi important, de « monter à l'assaut de la syphilis constitutionnelle » suivant l'expression de Gosselin ; il ne faut pas craindre d'aller jusqu'à six grammes et même huit grammes d'iodure dans les vingt-quatre heures, surtout si le malade n'est pas vierge de traitement, et s'il a subi auparavant des cures iodurées.

Comme mercuriaux, on peut choisir entre différentes pré-

parations. La thérapeutique ordinaire par le proto-iodure ou les préparations de sublimé à l'intérieur, le traitement par les injections hydrargyriques sous-cutanées ou par les frictions générales, doivent peut-être céder la place à des applications un peu plus spéciales de la médication mercurielle. Le calomel, dont on connaît l'heureuse influence sur le foie, et dont les propriétés diurétiques puissantes viennent d'être remises en lumière, sera employé avec avantage. Dans le cas de péri-hépatite douloureuse et de péritonite chronique, on se trouvera bien d'onctions mercurielles au niveau de la région atteinte. L'hydrothérapie, tout comme le régime lacté, n'a ici que la valeur d'une prescription hygiénique secondaire.

Comme exemple de l'action extraordinairement rapide et efficace du traitement spécifique dans la cirrhose hypertrophique due à la syphilis, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la belle observation de M. le professeur Hayem, publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1875 ».

On y voit que le malade était sur le point de guérir de sa cirrhose quand une maladie intercurrente est venue l'affaiblir et mettre fin à ses jours d'une façon assez rapide.

OBSERVATION I

Cirrhose hypertrophique.

B..., Louis, âgé de 39 ans, journalier, entre le 22 décembre 1874, dans le service de clinique médicale de la Charité; salle Saint-Jean de Dieu; n° 26.

1. Hayem, *loc. cit.*

Ce malade resta en France jusqu'en 1867, époque à laquelle il fut envoyé en garnison à Blidah (Algérie). Jusqu'alors il avait toujours eu une bonne santé; cependant il eut, en 1861, un chancre dont on trouve encore les traces sur la verge, et un bubon dans l'aîne, bubon qui, au dire du malade, ne suppura pas. A cette époque, le malade fut soumis pendant quelque temps à un traitement anti-syphilitique.

Peu de temps après son arrivée en Afrique, il fut atteint d'une fièvre intermittente tierce pendant environ un mois. La fièvre céda rapidement au sulfate de quinine; mais, pendant deux ans, elle eut de la tendance à reparaitre. Peu de temps après les premiers accès de fièvre, il survint de l'ictère, qui, depuis, n'aurait jamais complètement disparu(?). Le début en fut brusque et s'accompagna de douleurs dans le ventre, particulièrement du côté du foie et de la rate; le ventre augmenta de volume, l'appétit diminua et les digestions devinrent difficiles. Malgré ces accidents, le malade put continuer à faire son service, et il séjourna en Afrique environ 3 ans.

Quand éclata la guerre avec la Prusse, les troupes d'Afrique furent rappelées en France, et le malade fut au nombre des soldats qui supportèrent le siège de Metz. Pendant toute la durée du siège, malgré la persistance de l'ictère, sa santé se maintint dans un état relativement assez bon; cependant il éprouvait de temps en temps de violentes douleurs dans la région du foie.

A la capitulation de Metz, le malade fait prisonnier, fut envoyé en Allemagne dans la Haute-Silésie et placé dans un hôpital où il fut, dit-il, très mal soigné, et surtout fort mal nourri. On lui fit prendre cependant, pendant quelque temps, du sulfate de quinine.

Après la guerre, il revint en France et fut envoyé en garnison à Nantes, puis à Rouen. Là, il entra à l'hôpital, et quand vint la bonne saison, il fut envoyé à Vichy, où il passa un mois et demi. Chaque jour il buvait de l'eau de la Grande-Grille et prenait des

douches dirigées sur le ventre. Ce traitement provoqua des douleurs dans la région hépatique et n'amena pas d'amélioration notable.

Au mois d'août 1873, après avoir fait 14 ans de service, il voulut encore rester militaire, mais il fut remercié pour cause de santé, et il alla passer quelque temps dans sa famille.

Il a encore sa mère et une sœur qui se portent bien.

L'année dernière, il vint travailler à Palaiseau à la construction du nouveau fort, et il fut souvent obligé d'interrompre son travail à cause des douleurs qu'il ressentait dans l'abdomen, toujours dans la région du foie. De plus il éprouvait de la dyspnée, et les douleurs s'aggravaient dès qu'il se livrait à un exercice un peu violent. C'est alors que voyant son état empirer tous les jours, il résolut d'entrer à l'hôpital.

22 décembre 1874. — On constate les phénomènes suivants : Teinte ictérique de moyenne intensité, amaigrissement sensible survenu récemment.

Les jambes ne sont pas œdématiées; cependant, depuis plusieurs jours, elles présenteraient un peu d'enflure lorsque le malade reste debout pendant quelque temps. Sur la peau du tronc et des membres, on trouve la trace d'une éruption qui est survenue au mois de juillet dernier, et qui a guéri sans traitement. Ce sont des taches arrondies, blanches, et à peine déprimées au centre, entourées d'une auréole brunâtre. Ces cicatrices, au nombre d'une trentaine sur tout le corps, paraissent, d'après la description du malade, se rapporter à une éruption ecthymateuse (?).

Le ventre est tendu, dur et un peu douloureux au niveau de l'hypocondre droit et de la région épigastrique. A la palpation, on sent le foie débordant le rebord des fausses côtes; il descend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic; sa surface paraît très dure, lisse, non bosselée; il est peu sensible à la pression.

La rate forme également une tumeur arrondie, facile à sentir; elle présente environ 12 centimètres de matité en hauteur.

Pas d'ascite, mais quelques veines dilatées sur la partie latérale droite de l'abdomen à la base de la poitrine.

Les urines sont fortement colorées, couleur acajou, peu abondantes : elles laissent déposer une matière boueuse, épaisse, et ne contiennent que des traces de matière colorante de la bile.

L'appétit est considérablement diminué, et le malade conserve un dégoût opiniâtre pour la viande. La langue est rouge; il en est de même des lèvres et des parois buccales; le bord des gencives présente un liseré bleuâtre, légèrement ulcéré au niveau des incisives; l'haleine est fétide. Les digestions sont difficiles depuis quelques mois. Pas de vomissements; constipation habituelle; jamais de diarrhée. Les selles ont une couleur foncée, elles n'ont jamais été décolorées.

L'auscultation des poumons ne fournit que des signes négatifs. Le pouls est régulier; le cœur a un volume normal; à l'auscultation on entend un bruit de souffle net, mais peu rude, au premier temps et à la pointe.

Prescription. — Dans l'hypothèse d'une affection syphilitique du foie, on prescrit 2 cuillerées à bouche de sirop de Gibert.

2 janvier 1875. — Sous l'influence du traitement spécifique, l'état du malade s'est amélioré. Le ventre est moins tendu, les parois abdominales sont plus souples, les douleurs péri-hépatiques ont presque disparu et le foie a diminué de volume. La rate est toujours notablement hypertrophiée.

Cependant l'ictère reste aussi intense.

4 janvier. — Le malade accuse de violentes douleurs dans la région hépatique, douleurs qui l'ont empêché de dormir. Quant aux autres symptômes, ils sont toujours à peu près les mêmes.

6 janvier. — Le malade se trouve un peu mieux depuis deux jours, les coliques ont disparu. Les parois du ventre sont moins tendues, plus souples, mais le foie est toujours douloureux à la palpation. Après avoir rapidement diminué de volume, il reste maintenant dans un état stationnaire. La rate est encore très hy-

pertrophée. Les urines présentent toujours les mêmes caractères.

L'appétit n'augmente pas, même dégoût pour la viande.

8 janvier. — Le malade se plaint de coliques et de douleurs dans la région hépatique, douleurs qu'il attribue à la suppression du traitement antisypilitique (depuis deux jours, on a suspendu le sirop de Gibert).

12 janvier. — On reprend le sirop de Gibert et on prescrit des bains alcalins. La teinte ictérique est moins marquée ; l'état général reste cependant le même. Potion avec 4 grammes de chlorate de potasse.

15 janvier. — Le malade dit que le bain alcalin l'a soulagé et a diminué ses coliques.

21 janvier. — Depuis le 15 janvier, le malade n'a rien présenté qui mérite la peine d'être signalé. Épistaxis le matin.

22 janvier. — L'épistaxis a reparu, mais cette fois moins abondante.

24 janvier. — Le foie est toujours très volumineux et fait une saillie très prononcée dans l'abdomen. Sur une ligne allant du mamelon à l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'organe s'étend encore dans une étendue de 22 centimètres. Sur une autre allant du sternum à l'ombilic, on trouve de la matité sur une largeur de 9 centimètres. La rate est toujours très volumineuse et déborde les fausses côtes en avant. L'ictère est peut-être un peu moins marqué qu'à l'entrée du malade. Le bruit de souffle persiste au cœur, ayant son maximum à la pointe et au premier temps.

L'appétit est toujours à peu près nul, le dégoût pour la viande persiste. Les urines sont peu abondantes, et d'une couleur acajou très prononcée. On ne constate ni ascite, ni œdème des membres inférieurs.

On remplace le sirop de Gibert par 1 gr. 50 d'iodure de potassium ; bains alcalins.

26 janvier. — Les parois de l'abdomen sont plus souples, et le foie a considérablement diminué de volume, depuis que le malade prend de l'iodure de potassium.

Le foie qui, à l'arrivée du malade, descendait jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, est remonté à peu près à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic; il ne déborde plus les côtes que de deux travers de doigt.

29 janvier. — Le foie diminue toujours; le ventre devient de moins en moins tendre. L'appétit est toujours nul. Les urines de couleur acajou sont peu abondantes. Le bruit de souffle persiste à la pointe.

1^{er} février. — Le malade se plaint de légères coliques dans l'abdomen, cependant le volume du foie diminue toujours, mais celui de la rate persiste.

Du 1^{er} février au 12 mars, il se déclare deux poussées érysipélateuses de la face; pendant cette affection, le ventre du malade a augmenté, et le 27 avril, devant des accidents de dyspnée, on pratique la paracentèse qui permet de retirer 4 lit. 700 c. d'un liquide jaune-verdâtre, contenant de l'albumine et de la matière colorante de la bile. A ce moment aussi on constate la première fois une perforation du cartilage de la cloison, dont le malade ne soupçonnait pas l'existence, et qui a sans doute été le point de départ des poussées érysipélateuses précédentes.

Le malade, affaibli, présente en outre des signes de congestion pulmonaire.

6 mai. — Nouvelle poussée érysipélateuse sur les parties antérieures et latérales du nez.

14 mai. — Seconde ponction donnant issue à quatre litres environ de liquide rouge-verdâtre, plus foncé que la première fois. On reprend l'iodure de potassium, et l'état du malade semble un peu amélioré quand il meurt le 27 mai.

Nous pouvons utilement rapprocher de l'observation précédente le fait suivant que nous empruntons à la thèse de M. Courtray de Pradel.

OBSERVATION II

A... Marie, blanchisseuse, âgée de 38 ans, entre le 22 avril 1885, salle Sainte-Hélène, lit n° 9, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le D^r Fernet.

Réglée à 11 ans 1/2. Vers 8 à 10 ans, elle a eu une fluxion de poitrine et une fièvre typhoïde : depuis, sa santé a toujours été parfaite.

Quelques habitudes alcooliques (café, vulnéraire, liqueurs).

Elle n'a pas de tremblement, mais assez souvent, elle aurait des pituites le matin.

Elle nie n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques, et aujourd'hui on n'en trouve aucune trace.

Elle est malade depuis onze jours seulement : elle avait à ce moment ses règles qui n'ont duré que deux jours.

Elle se rappelle avoir eu froid en lavant, et, le lendemain matin, en se réveillant elle s'est aperçue qu'elle avait les pieds enflés. Elle affirme que jamais auparavant elle n'avait jamais remarqué rien de semblable. Le soir, l'œdème avait gagné les jambes, les cuisses et le tronc jusqu'à la partie moyenne de la poitrine, son ventre avait acquis très rapidement un volume assez considérable.

Depuis, l'œdème a persisté, diminuant la nuit, réapparaissant le soir, et quand la malade se fatigue, à aucun moment, elle n'a eu de douleur dans l'hypocondre droit. Pas d'épistaxis, pas d'ictère, pas de troubles digestifs (en dehors des pituites).

État actuel. — Température 38°. Pas d'œdème de la face, pas de troubles de la vue. Anorexie, constipation habituelle. La mic-

tion est facile, les urines sont peu abondantes, assez foncées et riches en urates. Elles présenteraient ces caractères depuis une huitaine de jours, au dire de la malade. Elles ne contiennent pas d'albumine.

Oedème considérable des membres inférieurs, de la paroi abdominale, et même de la partie inférieure de la paroi thoracique.

Ventre très volumineux, 88 centimètres de circonférence, circulation veineuse collatérale, matité à la percussion, sensation de flot très nette.

L'ascite empêche qu'on se rende compte de l'état du foie. Pas de dyspnée ; on trouve seulement quelques râles disséminés dans la poitrine. Rien au cœur.

Traitement. — Régime lacté. Eau-de-vie allemande.

26 avril. — Ventre moins tendu. On continue l'eau-de-vie allemande (1/2 cuiller tous les deux jours).

16 mai. — Le ventre mesure 91 centimètres de circonférence. Un peu de dyspnée. Ponction donnant issue à 6 litres 1/2 de liquide clair et citrin.

17 mai. — Le liquide de la ponction contient un chevelu de fibrine des plus apparents. Analyse, 0,10 centigr. de fibrine par litre.

La palpation de l'abdomen est maintenant très facile. Le foie est très volumineux, descend sous forme de languette jusque dans la fosse iliaque ; il est dur ; la surface paraît régulière.

23 mai. — Le liquide s'est reproduit ; le ventre a repris le volume qu'il avait au moment de la première ponction ; il est peut-être un peu moins tendu.

En l'absence d'un diagnostic précis, on commence à donner à la malade de l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour.

2 juin. — Nouvelle ponction. On retire 6 litres 1/2 de liquide. Le foie qui, après la première ponction, descendait jusqu'à la

crête iliaque, répond maintenant à une ligne transversale passant un peu au-dessus de l'ombilic. Il est toujours dur et lisse.

On continue l'iodure de potassium.

20 juin. — Le ventre est souple ; le liquide ne s'est plus reproduit.

30 juin. — L'amélioration continue : le foie a encore diminué. La malade se sent mieux.

3 juillet. — Cette amélioration notable, à la suite du traitement par l'iodure de potassium, fait incliner de plus en plus vers le diagnostic de syphilis hépatique. On réinterroge de nouveau la malade en ce sens. En examinant la gorge, examen qui n'avait pas été fait au début, on découvre en ce point des lésions très accusées ; les piliers sont presque complètement détruits : la luette déchiquetée est déviée et accolée au côté droit. Il y a eu là certainement une affection grave avec ulcérations profondes. La malade cependant ne se rappelle de rien ; il s'agit donc d'une lésion très ancienne, peut-être congénitale et probablement syphilitique.

10 juillet. — Le foie diminue toujours : les fonctions digestives sont bonnes ; les forces sont revenues.

Le ventre est un peu volumineux, mais très souple ; la circulation collatérale a disparu presque complètement.

Le foie est encore gros ; il déborde de quatre travers de doigt les fausses côtes ; mais en somme son volume s'est considérablement réduit, depuis que la malade a été soumise à l'iodure de potassium.

20 janvier 1886. — La malade vient à la consultation et demande à entrer à l'hôpital. Depuis quinze jours son ventre a augmenté de volume : il est dur, volumineux ; la circulation collatérale est développée.

La matité hépatique descend, sur la ligne mamelonnaire, à cinq travers de doigt sous les fausses côtes.

Iodure de potassium, 3 grammes.
12 février. — Ventre très assoupli. Le foie ne déborde plus que de quatre travers de doigt.

14 février. — Le foie ne déborde plus que de deux travers de doigt.

15 mai. — Le ventre est très souple. Le foie ne déborde que d'un travers de doigt et demi.

10 août. — La malade demande à quitter l'hôpital. Le ventre est toujours un peu volumineux, mais cette tuméfaction tient au tympanisme et non à l'ascite. Le foie ne déborde plus que d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

L'état général est excellent.

Passons maintenant au second terme étiologique commun de la cirrhose primitive du foie, l'intoxication palustre. Le rôle de cette dernière maladie dans la production de la cirrhose n'est universellement pas contesté. L'opinion des auteurs hésite seulement sur l'extension qu'il convient de donner à la cirrhose impaludique ; en effet, pour la plupart des médecins qui ont écrit sur la matière, elle constitue une espèce bien réelle, mais d'une fréquence modérée ; au contraire, pour notre maître, M. Lancereaux, elle englobe la plupart des cas qui ont été étiquetés sous l'appellation de « cirrhose hypertrophique avec ictère chronique ». Si l'on dépouille les observations qui servent de partie documentaire à la thèse de M. Hanot, que voit-on en effet ? D'une part, un certain nombre de faits recueillis sur des malades qui ont été manifestement soumis à des influences alcooliques, et chez lesquels l'hypermégalie du foie se traduit par un ictère léger, de l'ascite modérée, des phénomènes précoces d'insuffisance hépatique et la mort à bref délai. Cette catégorie est composée de faits

disparates qui doivent être sans doute rattachés à la cirrhose hypertrophique graisseuse. D'autre part, dans une seconde catégorie de faits, les observations personnelles qui ont servi de base à la thèse de M. Hanot et l'observation de Hayem, par exemple, les malades, affectés d'ictère chronique, avec augmentation de volume de la rate et du foie, sont tous d'anciens paludéens, ainsi qu'il ressort du texte même des observations. Il en est ainsi de la plupart des observations de cirrhose hypertrophique, avec ictère chronique, qui ont été publiées dans ces dernières années. Ou bien ce sont des faits de cirrhose alcoolique avec gros foie, ou, si l'évolution et l'ensemble cliniques ont répondu à la description de la cirrhose hypertrophique, type de Hanot, il est presque toujours noté dans les antécédents que les malades ont eu des fièvres intermittentes ou du moins qu'ils ont séjourné dans un pays à fièvres.

De telles considérations semblent venir à l'appui des idées de M. Lancereaux sur l'origine impaludique commune des cirrhoses hypertrophiques de longue durée avec ictère permanent. Le mode d'évolution des lésions et des accidents de la maladie indique lui-même la nécessité d'une cause générale dont les hypertrophies scléreuses du foie et de la rate ne sont que deux déterminations. Dans l'idée première de M. Hanot, la cirrhose hypertrophique à laquelle il donnait à tort, comme caractéristique anatomique, la néoformation biliaire, — car cette multiplication des analicules est un phénomène banal dans l'histoire anatomique du foie, — avait pour point de départ une irritation endo-biliaire; et c'est ainsi que s'est créée la conception d'une cirrhose biliaire opposée à la cirrhose veineuse. M. Hanot semble avoir renoncé à

cette hypothèse d'une irritation primitive des conduits biliaires comme origine directe de la cirrhose hypertrophique, et, dans une thèse récente de son élève Schachmann (1), donne la conception du *diabète biliaire*, et fait tout dériver d'une hyperactivité fonctionnelle des cellules hépatiques elles-mêmes. Cette théorie est au moins originale, mais comme la première qui a en plus le mérite de la simplicité, elle isole en quelque sorte le foie dans la maladie cirrhone hypertrophique, et n'explique en rien la lésion contemporaine, parallèle, de la rate : car enfin, si la maladie est due à une angiocholite ou à un trouble fonctionnel de la cellule hépatique, que vient faire ici cette hypermégalie splénique ?

Ce n'est pas une simple ampliation due à l'hyperhémie stasique, comme cela s'observe dans la cirrhose vulgaire où un obstacle est mis à la circulation porte ; non, la circulation portale et conséquemment celle de la veine splénique, n'est aucunement gênée au début de la maladie, comme en témoignent l'absence de l'ascite et la dilatation veineuse. Du reste, la lésion de la rate n'a plus les caractères de l'altération qui accompagne la cirrhose de Laënnec. Il s'agit dans l'espèce, non d'une congestion passive, mais d'une véritable splénite interstitielle tout à fait comparable à l'hépatite interstitielle dont le foie est simultanément le siège.

La rate est proportionnellement bien plus amplifiée que le foie, et si l'attention du médecin se porte surtout sur ce dernier organe, si les phénomènes hépatiques dominent la scène

1. Schachmann. — *Contribution à l'étude d'une forme de cirrhose hypertrophique*. Th. Paris, 1887.

pathologique de manière à masquer les autres symptômes, c'est simplement parce que le foie, en raison de l'importance de ses fonctions, traduit son altération par des signes plus expressifs. Mais, encore une fois, il ne s'agit pas là d'une maladie du foie, mais d'une altération simultanée du foie et de la rate dont le développement est, par conséquent, soumis à une même cause générale qui paraît vraisemblablement être, dans la majorité des cas, l'impaludisme.

A vrai dire, cette notion de la nature malarique dans la plupart des cas de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, n'a qu'une importance médiocre au point de vue du traitement. La quinine, en effet, n'est la pierre de touche de l'impaludisme que lorsqu'il s'agit des manifestations fébriles, congestives ou névralgiques de la maladie. Peut-être au début son emploi judicieux aurait-il modéré, sinon arrêté complètement l'intrusion embryonnaire du foie. Mais le plus souvent, quand les malades nous arrivent dans les hôpitaux, ils sont porteurs d'un engorgement ancien du foie et de la rate; la formation conjonctive est constituée de longue date, et si l'on s'adresse au sulfate de quinine, pour longtemps qu'il soit continué, on n'en retirera que des effets à peu près nuls. Comme médicament, c'est encore à l'iodure de potassium qu'il faudra avoir recours pour tenter de faire résoudre, dans la mesure du possible, les dépôts embryonnaires, et de faire rétrocéder les productions conjonctives jeunes; le calomel sera encore employé comme adjuvant utile. Mais il ne faut pas se faire illusion sur la valeur de ces moyens qui ne réussissent plus ici comme dans la cirrhose syphilitique; les avantages que l'on a retirés ont toujours semblé extrêmement modestes, et c'est, en quelque sorte,

dans une vue théorique, que cette thérapeutique doit être mise en essai. Disons cependant que le Dr Obolensky, de Moscou, a récemment publié trois cas de cirrhose hypertrophique d'origine palustre, traités et guéris par le calomel.

Le régime lacté n'a qu'une importance tout à fait accessoire, et, pour peu que le malade répugne à cette habitude alimentaire, il vaut mieux lui laisser le bénéfice et l'agrément d'une alimentation tonique, en évitant avec soin les repas trop copieux et les excitants de toute nature, notamment les alcooliques et les condiments. Les révulsifs au niveau de la région du foie, le cautère permanent, par exemple, ne sont pas une pratique à rejeter bien qu'on ne doive leur accorder qu'une confiance relative. De même il ne semble pas qu'une saison aux eaux de Vichy, du moins si l'on s'en rapporte aux observations de Cornillon, suffise dans la majorité des cas à modifier la marche lentement progressive de la maladie ; quelquefois cependant, la disparition des symptômes pénibles, et, en particulier, des troubles digestifs, l'atténuation temporaire de l'ictère ont paru résulter d'un séjour dans notre grande station thermale.

M. Lancereaux, dans sa communication à l'*Académie de Médecine*, insiste beaucoup sur les bienfaits de l'hydrothérapie froide ou chaude dans l'affection qui nous occupe.

Les douches écossaises sur la région des hypocondres, suivies de massages et d'exercices modérés, semblent être le meilleur mode de traitement à employer : on y joindra l'iode de potassium et le calomel à petites doses et le régime lacté partiel ; en outre, on aura soin d'entretenir le parfait fonctionnement du tube digestif, soit par quelques purgatifs drastiques, administrés en temps opportun, soit, ce qui est

préférable, par la pratique journalière des lavements froids qui, comme on le sait, ont le double effet de diminuer la pression dans le système porte et d'abaisser la tension biliaire ainsi qu'il résulte des faits nombreux présentés par Küll et Chauffard.

Nous terminons ici la première partie de notre travail. A vrai dire, la discussion ne s'est guère engagée dans ces temps derniers que sur la curation de la cirrhose alcoolique; il nous reste maintenant à distinguer les diverses formes de cette dernière affection et, par le dépouillement des observations que nous comparerons à nos faits personnels, à rechercher, parmi ces formes, quelles sont les variétés justiciables d'une thérapeutique efficace, et dont le diagnostic précoce doit permettre l'espoir au médecin.

Nous avons omis à dessein de parler d'une forme spéciale de la cirrhose, liée à ce qu'on a appelé le diabète bronzé, la cirrhose hypertrophique pigmentaire; cette affection n'est connue que par un nombre extrêmement restreint d'observations, parmi lesquelles nous citerons celles d'Hanot et Chauffard, Hanot et Schachmann, Brault et Gaillard. Il n'est pas encore prouvé qu'il s'agisse là d'une entité nosographique, ayant son droit d'individualité, et il est possible que dans les faits observés jusqu'à ce jour, il ne s'agisse en réalité que de cirrhose alcoolique chez des diabétiques, la pigmentation n'intervenant qu'à titre de phénomène secondaire. Quant aux cirrhoses secondaires — cirrhose cardiaque, cirrhoses partielles autour des kystes, cirrhoses accompagnant le cancer primitif à type adénomateux, cirrhose de la lithiate, etc. — leur traitement se confond avec celui de l'affection causale.

CHAPITRE II

DES FORMES CURABLES DE LA CIRRHOSE ALCOOLIQUE.

Il n'y a pas d'adéquation possible entre les termes de cirrhose alcoolique et de cirrhose de Laënnec. Dès longtemps déjà, nous savons que les formes de la cirrhose des buveurs sont multiples et que le petit foie rétracté de Laënnec ne représente qu'un des types de cette maladie. Avant d'entrer dans la discussion de ces variétés morbides et des modes divers de traitement qui leur sont applicables, nous devons procéder à une analyse détaillée des observations que nous avons pu recueillir, afin d'être autorisé ensuite à en tirer quelques déductions légitimes.

Nous avons compulsé 29 observations publiées presque toutes dans ces deux ou trois dernières années et dans lesquelles la disparition des phénomènes symptomatiques de cirrhose a été obtenue par différents procédés ; nous y joignons trois observations personnelles recueillies dans les services de nos éminents maîtres, MM. Proust et Bucquoy.

L'âge moyen des malades était de 45 à 50 ans ; une femme dont M. le professeur Bouchard rapportait récemment l'histoire à la Société clinique n'avait que 32 ans ; par contre, le malade de M. Troisier était âgé de 68 ans.

Au point de vue du sexe, on constate que les hommes sont en majorité considérable ; nous ne trouvons que cinq femmes sur un total de 32 observations.

Comme c'est l'ordinaire, les malades exerçaient pour la plupart les professions spéciales où la cirrhose est le plus fréquente; il s'agit de garçons marchands de vin, de tonne-liers, porteurs et employés aux Halles, bouchers, marchandes des quatre saisons.

Au point de vue de la nature de l'agent toxique, nous voyons que les boissons dont ces malades faisaient usage étaient moins souvent des alcools à proprement parler que du vin pris en quantité immodérée. Sur 32 observations, les excès de vin seuls sont notés 13 fois; les excès combinés de vins et de spiritueux, 8 fois; dans tous les autres faits, il est dit simplement que le malade était alcoolique, sans qu'il soit fait mention de la nature des boissons habituellement ingérées. On a coutume d'attribuer la production de la cirrhose des buveurs à l'action de l'alcool pris à jeun, et on insiste particulièrement sur le danger de l'eau-de-vie, des petits verres pris le matin. Les statistiques très scrupuleuses de M. Lancereaux, basées sur cent observations personnelles montrent que cette opinion est légèrement erronée; ce sont les buveurs de vin, aussi bien de vin blanc que de vin rouge, qui font de préférence de la cirrhose. Les gens qui boivent en grande quantité de l'eau-de-vie maigrissent rapidement et n'ont souvent pas le temps de réaliser une hépatite chronique; la tuberculose les guette en effet, et il en est de même des absinthiques dont on peut dire avec juste raison que la fin naturelle est la phthisie pulmonaire. Il résulte donc de tout ceci que la cirrhose qui guérit n'a pas une étiologie différente de la cirrhose alcoolique commune envisagée en général.

Au point de vue de l'histoire clinique des malades, si on

lit les différentes observations que nous avons indiquées, on est pour chacune d'elles frappé de ce fait que cette cirrhose qui a guéri était une cirrhose jeune. Du moins, voulons-nous dire que les symptômes traducteurs de la lésion hépatique n'incommodaient le malade que depuis peu de temps. On y lit que le malade entre à l'hôpital avec de l'amaigrissement, de l'ascite, de la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, un peu d'œdème même des membres inférieurs ; soit, mais si l'on remonte dans les antécédents on voit que ces phénomènes, symptômes de la cirrhose à proprement parler, n'ont apparu que récemment, il y a quelques semaines, il y a deux mois, trois mois, quatre mois. Avant ce délai les malades, quand on les interroge, accusent déjà des désordres morbides. Leur appétit avait diminué ; leur digestion était pénible ; leur estomac se ballonnait après leur repas ; ils étaient incommodés de renvois fréquents ; leurs forces avaient diminué ; leur sommeil était troublé par des rêves et des cauchemars ; ils avaient des pituites matinales et l'on retrouve encore dans quelques observations l'indication de phénomènes nerveux, tels que fourmillements, crampes douloureuses dans les jambes, tremblement manifeste, etc. Mais tous ces symptômes, par leur réunion, qu'indiquent-ils ? Uniquement l'intoxication alcoolique et la dyspepsie qui en est la conséquence presque obligée et prochaine. Les phénomènes de cirrhose, eux, n'ont apparu que plus tard et, nous le répétons, dans les quelques semaines ou les six mois au plus qui ont précédé l'entrée du malade à l'hôpital.

En voici des exemples :

Homme, 56 ans (Troisier) entre à l'hôpital Saint-Antoine le 27

mai 1886 (Depuis quelques jours il s'était aperçu que son ventre augmentait de volume). A son entrée à l'hôpital, ascite évaluée à 8 litres.

Femme, 46 ans (Letulle). Affection abdominale de « date récente ». Cette femme, toujours bien portante jusque-là, aurait commencé par se sentir souffrante trois semaines environ avant son entrée. Brusquement, en trois ou quatre jours au plus, l'abdomen devint volumineux et sensible : à l'entrée, ascite très considérable.

Homme, 36 ans (Dujardin-Beaumetz). Entré à l'hôpital le 17 février 1884, avec ascite considérable, dilatation veineuse, etc. Début de la maladie au mois de décembre 1885.

Il serait inutile de multiplier ces exemples : il suffit de se reporter aux observations qui forment la partie documentaire de ce travail pour voir que les choses se passent presque toujours de la même façon.

Pour ce qui est en particulier de nos observations personnelles, l'apparition de l'ascite survint dans un cas, deux mois et demi, dans un cas, six mois, dans le troisième cas, quelques semaines après le début des accidents.

Si l'on analyse les symptômes que présentaient les malades, on voit qu'ils peuvent se ranger sous trois chefs.

Premièrement. — Symptômes d'alcoolisme.

Deuxièmement. — Symptômes de cirrhose proprement dite, c'est-à-dire de gêne circulatoire dans le domaine de la veine-porte.

Troisièmement. — Symptômes d'insuffisance hépatique indiquant une adultération des cellules nobles de l'organe.

Les symptômes d'alcoolisme étaient dans la plupart des cas, légers, comme il est d'usage de les rencontrer concu-

remment avec la cirrhose : ce ne sont pas en effet les grands buveurs, susceptibles de réaliser de l'alcoolisme aigu ou des manifestations nerveuses un peu bruyantes de l'intoxication, qui font de la cirrhose ; ce sont des gens qui ont bu longtemps et, chaque jour, un peu plus qu'il ne fallait. Ces gens-là deviennent cirrhotiques, tout en présentant un minimum de symptômes d'alcoolisme. Ceux-ci consistent presque uniquement en des pituites, un peu d'agitation nocturne, un léger tremblement des mains et des lèvres et, assez communément, une anesthésie incomplète des extrémités, remontant jusqu'à la partie moyenne de la jambe et de l'avant-bras, et indiquant la forme spéciale de l'intoxication que M. Lancereaux appelle le « vinisme » par opposition à l'alcoolisme hyperesthésique dont le type est l'absinthisme.

Les symptômes d'obstruction veineuse du foie étaient, dans tous les cas, des mieux marqués, et on note, à la lecture de chaque observation, l'existence du météorisme, de l'ascite et des dilatations veineuses abdominales : du météorisme qui résulte non pas de troubles digestifs dus à l'alcoolisme et antérieurs à la cirrhose, mais de la cirrhose elle-même, l'affection hépatique ayant pour effet de restreindre la quantité de bile qui tombe dans l'intestin et de permettre en conséquence des fermentations intestinales immodérées ; de l'ascite qui est bien, dans presque toutes les observations analysées, un phénomène d'obstruction porte, et non un résultat de péritonite subaiguë ; les dilatations veineuses enfin indiquant mieux que les autres symptômes la difficulté qu'éprouve le sang à passer par le foie et la nécessité d'un reflux sanguin vers le système de la grande circulation.

Mais ce qu'il importe de noter c'est que dans plus du tiers

des observations nous trouvons expressément indiqués des phénomènes d'insuffisance hépatique. Assurément, aucun de ces malades n'a réalisé l'ensemble des accidents de l'ictère grave, mais nous trouvons notées des hémorrhagies, non pas seulement des épistaxis, mais des hématémèses, du méloëna, des hémorrhagies gingivales, des hémorrhagies cutanées.

Dans une observation, il existait un ictère très manifeste ; dans plusieurs autres du subictère. Les urines rares, rouges, sédimenteuses, comme c'est l'ordinaire, ont été analysées dans plusieurs observations, et la diminution du taux de l'urée était considérable. L'expérience de la glycosurie alimentaire, par le procédé de Couturier, Lépine et Colrat, a été tentée et a plusieurs fois réussi. Chez une malade de M. le professeur Bouchard, l'ingestion de 100 grammes de sucre provoquait encore la glycosurie, alors que la malade était déjà en convalescence. La même malade de M. le professeur Bouchard, après la disparition de l'ascite et des autres symptômes de l'obstruction veineuse du foie, a offert un ensemble de phénomènes d'auto-intoxication que ce savant maître n'hésite pas à attribuer à une insuffisance hépatique, persistant après que le foie eût repris sa perméabilité.

Ces considérations ne tendent à rien moins qu'à prouver que les phénomènes d'insuffisance hépatique *au début de la cirrhose* ne doivent pas faire désespérer de la guérison. Si, comme l'a dit excellemment M. Hanot, c'est l'état de la cellule hépatique qui dicte le pronostic des maladies du foie, il ne faut pas s'exagérer l'importance de cette règle. La cirrhose guérit même lorsque des symptômes sont venus annoncer que le foie n'exerçait plus que d'une façon incomplète son rôle d'organe uropoïétique et d'agent destructeur des poisons. Mais, nous

le répétons, c'est à condition que cette cirrhose soit une cirrhose jeune.

Si l'on essaie de faire saillir le relief spécial des observations, le symptôme qui se dégage et qui attire le plus l'attention, c'est l'hépatomégalie. Sur 32 observations, 20 fois l'organe a été trouvé augmenté de volume ; il débordait en moyenne de deux à trois travers de doigt les fausses côtes ; dans 6 observations seulement, les dimensions du foie ont été trouvées diminuées ; dans les autres, les dimensions de l'organe n'ont pu être convenablement appréciées à cause de l'ascite et du météorisme, et le foie ne paraissait pas déborder.

Ce qui résulte de cette statistique prise dans son ensemble, c'est que, abstraction faite de quelques cas peu explicables, *les cirrhoses qui guérissent sont des cirrhoses avec gros foie.*

Cette remarque est très importante : d'abord elle résulte de notre statistique, mais ce qui lui donne de la force, c'est qu'elle a été faite d'après leur expérience personnelle, par plusieurs maîtres très au courant de la pathologie hépatique. Dans une discussion récente à la Société Clinique de Paris (*France médicale*, 23 mars 1889), MM. Bouchard, Damaschino, Gaucher, Gilbert, se sont trouvés d'accord pour reconnaître que, dans les cas de cirrhose guérie qu'ils avaient observés, il s'agissait toujours de cirrhose à gros foie.

Autrefois, on considérait l'évolution anatomique de la cirrhose comme se faisant en deux périodes, et c'était encore là l'opinion de Frerichs. Dans une première période, le foie, d'après ces conceptions, était le siège d'une congestion intense, accompagnée d'une infiltration de cellules rondes dans le

tissu conjonctif ; de cette double condition anatomique, hyperémie et intrusion embryonnaire, résultait l'augmentation du volume du foie : on admettait donc qu'au début de la cirrhose, le foie était volumineux et, si cette hypermégalie du foie, théoriquement admise, était si rarement constatée en clinique, la raison en était, toujours d'après les anciens auteurs, que cette première période de la maladie était silencieuse. Dans une deuxième période les cellules rondes infiltrées s'étaient organisées en tissu conjonctif adulte, et le foie s'était rétracté et l'enserrement des veines portes intra-hépatiques et des lobules par des anneaux fibreux provoquait l'apparition des symptômes de l'obstruction veineuse d'abord, de l'insuffisance hépatique ensuite.

En réalité les faits cliniques et anatomiques n'ont jamais montré que les choses se passent de cette façon. On a qu'exceptionnellement saisi cette première période de la cirrhose et les cirrhotiques avec gros foie conservent leur gros foie pendant toute la maladie. Si le foie diminue, c'est non pas que la maladie s'aggrave et passe à la seconde période, c'est que le malade guérit : les observations de M. le professeur Bouchard en font foi. Ces malades, guéris de cirrhose, avaient le foie gros pendant leur maladie, petit après leur guérison.

Quelquefois cependant, l'observation de M. Gaucher en est un exemple, les malades guérissent en conservant un foie volumineux. Il est possible que l'hépatomégalie soit assez modérée pour ne pas être appréciable à l'exploration clinique, et c'est ainsi que, dans le tableau que nous avons dressé, de toutes les observations de cirrhose guérie que nous avons pu réunir, le foie figure quatre ou cinq fois comme étant de

dimensions normales ; mais nous persistons à croire que la vraie cirrhose de Laënnec, celle qui n'a pas de phase initiale d'hépatomégalie, celle qui est fibreuse d'emblée, n'est pas susceptible de guérison.

A quoi correspondent anatomiquement ces diverses espèces de cirrhose alcooliques, les unes justiciables du traitement, les autres incurables ?

Ce sont des types primitivement différents d'anatomie morbide ; ce ne sont pas différentes périodes de la même inflammation.

Dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Millard s'exprime de la façon suivante. « Avec Jaccoud et « d'autres, nous croyons que la dénomination vague et « surannée de cirrhose devrait, malgré la grande autorité de « Laënnec, être abandonnée pour celle d'hépatite chronique. « On a eu tort d'attacher au mot cirrhose l'idée erronée d'a- « trophie et d'incurabilité ; si, en effet, l'atrophie est fré- « quente et possible, elle n'est pas nécessaire ; c'est un effet « tardif de la maladie, mais ce n'est pas un effet primordial, « et, pouvons-nous ajouter, elle peut être retardée ou avan- « tageusement combattue. En effet, dans un grand nombre « d'observation de cirrhose prétendue atrophique, on note au « contraire la tuméfaction du foie, et je suis porté à croire « qu'il en est ainsi parfaitement chez les malades qui ont « offert des exemples, soit de rémission plus ou moins pro- « longée, soit de guérison. Aussi, avons-nous adopté l'éti- « quette d'hépatite chronique avec ascite qui a l'avantage de « rappeler à la fois la nature, la cause et le degré du pro- « cessus pathologique sans emporter avec elle, comme celle « de la cirrhose, un arrêt de léthalité fatale.

« Il est permis de concevoir trois périodes dans les accidents inflammatoires que provoque l'alcool sur le foie des buveurs : 1^o une première caractérisée par la congestion et l'infiltration embryonnaire, avec tuméfaction de toute la glande (*hypertrophie simple*) ; 2^o une seconde où les mêmes lésions plus avancées, entravent déjà la circulation veineuse et amènent l'ascite, mais où elles sont pourtant encore susceptibles de régression et de guérison (*hypertrophie avec ascite*) ; 3^o une dernière période dite d'atrophie ultime et fatalement mortelle ».

Ce que nous savons de la genèse des scléroses en général et de leur processus histologique ne nous autorise pas à considérer comme probable cette sériation des phénomènes. D'une façon générale les scléroses peuvent être divisées en deux catégories : 1^o les scléroses inflammatoires à proprement parler, ou scléroses par diapédèse ; 2^o les scléroses dystrophiques. Les premières sont caractérisées par l'issue hors des vaisseaux sanguins et l'infiltration dans le tissu conjonctif interstitiel de cellules lymphatiques ; à cette intrusion embryonnaire se joignent probablement d'autres cellules rondes provenant de la division kariokinétique des éléments fixes du tissu conjonctif. Tous ces éléments jeunes se disséminent dans le tissu interstitiel ou s'y agglomèrent en îlots ; ils peuvent ultérieurement donner lieu à un tissu de fibrose, les fibres conjonctives néoformées résultant vraisemblablement d'une sorte de coagulation d'une matière collagène secrétée par les cellules dites embryonnaires, et ces cellules elles-mêmes se transformant en cellules fixes de tissu conjonctif. Histologiquement les scléroses qui ont cette origine sont en général reconnaissables ; il persiste

presque toujours quelques îlots embryonnaires et la transformation fibreuse est rarement si achevée qu'on ne puisse trouver çà et là quelques vestiges d'une organisation plus jeune.

Est-ce ainsi que les choses se présentent dans la cirrhose commune avec rétraction du foie, dans le foie cloûté, petit, dur, répondant au type de la cirrhose de Laënnec? En aucune façon.

Presque toujours l'examen microscopique des coupes montre un tissu inodulaire, une sclérose adulte sans éléments embryonnaires, remarquable même par sa pauvreté en cellules. En présence d'une sclérose de cette apparence, l'esprit est invinciblement porté à croire que c'est une sclérose née sur place, dont les éléments se sont formés un à un sans l'intervention des cellules rondes et qu'il s'agit, en un mot, d'une sclérose dystrophique.

Si l'on coupe au contraire un gros foie cirrhotique, une « cirrhose hypertrophique » d'origine alcoolique, quelle que soit l'ancienneté de la maladie, quelque avancé que soit le processus de cirrhose, on retrouve, au milieu des faisceaux conjonctifs, des cellules migratrices ou des îlots d'éléments ronds, témoignant de l'origine embryonnaire de la sclérose.

Nous sommes amené à croire, d'après l'examen des observations d'une part, et d'autre part d'après les considérations anatomiques précédentes, qu'il faut distinguer, dans la cirrhose alcoolique en dehors bien entendu de la cirrhose graisseuse, deux groupes de faits : 1° Le groupe des scléroses adultes d'emblée, se créant sans doute par le procédé de la dystrophie simple, amenant d'emblée la rétraction du foie,

sans période préalable d'hépatomégalie : c'est la cirrhose vraie de Laënnec, et il ne nous paraît pas prouvé qu'elle puisse jamais guérir ; 2° le groupe des scléroses inflammatoires, se créant vraisemblablement par le mécanisme de la diapédèse, offrant toujours une première période d'hépatomégalie et dans lesquelles le foie reste même le plus souvent augmenté de volume pendant toute la durée de la maladie, bien qu'il puisse se rétracter, soit par le fait de l'évolution de la cirrhose vers l'état adulte, soit par le fait de la résorption des éléments embryonnaires. C'est dans cette seconde catégorie que doivent se ranger à peu près toutes les observations de cirrhose guérie.

Pour nous résumer en une seule formule, nous dirons : *la forme curable de la cirrhose alcoolique est une cirrhose à gros foie, une sclérose inflammatoire et par diapédèse ; et cette cirrhose n'est curable que lorsqu'elle est récente.*

CHAPITRE III

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Le pronostic de la cirrhose alcoolique est uniquement lié, comme nous l'avons vu, à la forme anatomique de la cirrhose et à l'âge de la production conjonctive; il est assez peu influencé par les méthodes thérapeutiques. Ce n'est pas à dire qu'il soit inutile de traiter les cirrhotiques; nous voulons seulement exprimer ce fait qu'il y a des variétés de la cirrhose alcoolique rebelles à tout traitement, que certaines cirrhoses au contraire, ne demandent qu'à guérir; et, pour ces dernières cirrhoses, la suppression de la cause étant effectuée et le régime lacté établi, — ce sont les deux seules conditions essentielles — le médecin a le choix entre diverses méthodes de traitement qui, à en juger d'après les observations, paraissent presque également recommandables.

Ce n'est donc pas une revue du traitement de la cirrhose alcoolique en général que nous devons faire ici, c'est plus simplement l'exposé et l'appréciation des traitements qui ont été employés dans les cas particuliers où la cirrhose a guéri.

La condition indispensable du succès, et cette prescription est presque banale, c'est de soustraire immédiatement le malade à ses habitudes alcooliques. Il est à remarquer que, au moment où les premiers phénomènes de la cirrhose apparaissent, les malades frappés surtout par leur faiblesse crois-

sante et leur amaigrissement, qu'ils attribuent à toute autre cause qu'à la vraie, se tonifient du mieux qu'ils peuvent; et l'on voit communément arriver à l'hôpital des gens porteurs d'une cirrhose au début, qui depuis quelques semaines usaient plus largement des cordiaux et des vins généreux.

La substitution brusque de la diète lactée à ce régime n'a, quoiqu'on en ait dit, que des avantages : il faut être très ferme avec les malades qui prétendent que le lait les affaiblit, qu'ils ne peuvent le supporter, qu'ils ne le digèrent pas. La plupart consentent bien à prendre le lait en quelque sorte comme médicament, mais non comme un aliment exclusif. Il importe de se rappeler que le régime lacté partiel n'a presque aucun des avantages de l'alimentation exclusivement lactée. Il faut donc insister avec vigueur auprès des malades, et, s'il le faut, rééditer pour chacun d'eux le mot de Chrétien « le lait ou la mort ».

Il est préférable de faire prendre le lait non bouilli, frais ou légèrement tiédi au bain-marie; cependant on peut varier son mode d'administration, le donner bouilli, y joindre de temps en temps un peu de café ou de cacao, mais autant que possible, ne pas le sucrer pour ne pas imposer un travail supplémentaire au foie. Les prises de lait doivent être aussi régulièrement espacées, de façon à constituer un certain nombre de petits repas bien réglés. Il faut bien veiller à ce que la quantité de lait, ingérée dans les vingt-quatre heures, soit suffisante : certains malades, en effet, se résignent au régime lacté, mais prennent une quantité de lait tout-à-fait insuffisante. Le minimum dans les vingt-quatre heures pour un malade alité doit être de 2 litres $1/2$; ce qui repré-

sente à peu près la ration d'entretien. Mais, nous le répétons, ce ne doit être là qu'un minimum.

Ce n'est pas seulement au point de vue de son action locale sur le foie que le lait doit être prescrit. Il est certain que le passage à travers le foie d'un liquide ne contenant aucun principe irritant est bien fait pour ne pas entretenir une inflammation dont cet organe est le siège ; mais l'usage exclusif du lait présente encore d'autres avantages.

D'abord le lait est très diurétique et, dans une maladie comme la cirrhose où les urines sont naturellement rares et chargées, où il y a une tendance manifeste aux hydropisies, il n'est pas sans intérêt d'administrer d'une façon continue un diurétique physiologique, si l'on peut ainsi dire. La nécessité d'une diurèse suffisante, dans le cours de la cirrhose, est encore accrue par le fait même de l'insuffisance relative du foie qui accompagne la cirrhose, de la diminution de son activité fonctionnelle. Les matériaux de transformation régressive des substances azotées, tels qu'ils sont fabriqués dans les tissus, dont ils représentent les déchets, passent à l'état normal par le foie qui amène ces résidus à un état d'oxydation plus complète, c'est-à-dire à l'état d'acide urique, puis d'urée. Au cours de la cirrhose, comme on peut s'en assurer par l'analyse quotidienne des urines, le taux de l'urée ainsi fabriquée s'abaisse dans des proportions considérables ; le foie en effet ne remplit plus qu'imparfaitement sa fonction et, si les urines n'enlèvent pas rapidement les résidus organiques toxiques par défaut d'oxydation, ceux-ci encombrant les tissus, et il est manifeste que la diurèse conjure les dangers de l'auto-intoxication. Le lait remplit parfaitement cette indication.

Il la remplit doublement. En effet l'alimentation par le lait réduit au minimum les fermentations et les putréfactions intestinales ; elle donne lieu à un résidu fécal peu abondant ; par suite, la quantité d'alcaloïdes toxiques, puisés dans l'intestin, est réduite au minimum, et le rôle du foie qui consiste comme on sait, à détruire ces alcaloïdes, en est allégé d'autant.

Il est cependant certains médecins qui permettent en même temps que le lait quelques aliments choisis ; c'est ainsi que M. le professeur Bouchard soumet ses cirrhotiques à une alimentation composée exclusivement de lait et d'œufs. Aussi bien le régime lacté, quoique d'une utilité incontestable, ne paraît pas absolument indispensable et l'on a vu guérir des cirrhotiques qui s'étaient simplement soumis à une alimentation légère et avaient renoncé à l'usage des spiritueux.

À côté de l'hygiène alimentaire, mais non sur le même plan, à un rang secondaire, il faut placer l'hygiène corporelle ; nous entendons par là l'hydrothérapie suivant ses différents modes. M. Lancereaux accorde une grande importance à l'hydrothérapie. Nous avons vu précédemment que ce moyen est surtout applicable dans le cas de cirrhose hypertrophique de longue durée, liée en général à l'impaludisme. Mais dans les cas même de cirrhose alcoolique, M. Lancereaux n'hésite pas à soumettre ses malades à l'hydrothérapie, non plus sous forme de douches écossaises sur la région du foie, mais sous forme de lotions froides, de lotions fraîches, suivies ou non de frictions sèches ou aromatiques, ou même de douches lorsque l'état général du malade le permet ; c'est là incontestablement un tonique puissant.

Ces diverses pratiques excitent le système nerveux, réveillent les fonctions digestives languissantes, entretien-

nent le bon fonctionnement de la peau. M. Millard n'admet cependant cette médication qu'avec réserve; il craint que le refroidissement n'ait souvent pour effet d'occasionner chez ses malades des congestions pulmonaires.

Quoi qu'il en soit de cette dernière critique, il est néanmoins certain qu'au point de vue de la curation de la cirrhose alcoolique, au cas où la forme de la maladie autorise l'espoir, cette médication est bien loin d'avoir l'importance du régime lacté méthodiquement institué et rigoureusement suivi.

Les révulsifs, tout à fait inutiles dans la cirrhose alcoolique commune à petit foie, ou la production conjonctive est déjà complètement adulte, et sans doute comme nous l'avons vu adulte d'emblée, les révulsifs, dis-je, sont au contraire théoriquement indiqués et d'une efficacité probable dans les cirrhoses récentes, à gros foie, où domine l'élément congestif et inflammatoire. Les vésicatoires, appliqués sur la région hépatique, ont été employés avec avantage par M. Dujardin-Beaumetz qui cite un exemple probant à l'appui de cette médication. On peut employer de même les pointes de feu ou mieux les cautères permanents sur la région de l'hypochondre.

Parmi les agents médicamenteux qui ont été utilisés dans la thérapeutique de la cirrhose, les iodures et les mercuriaux tiennent la première place.

C'est surtout M. Lancereaux qui a préconisé l'iodure de potassium; sans doute il a été recommandé antérieurement par un grand nombre de médecins, et son emploi, dans l'affection qui nous occupe, est assez général, mais M. Lancereaux a dernièrement insisté avec beaucoup de force sur

les avantages de ce médicament; et, à en juger par le nombre de guérisons qu'il a obtenues, cet agent semble de premier abord, lui avoir donné des résultats merveilleux. Il est pourtant permis d'être légèrement sceptique à cet égard et d'attribuer une plus grande part du bienfait de la médication au régime alimentaire, en voyant M. Millard présenter presque simultanément une série d'observations de cirrhoses guéries sans l'emploi de l'iodure de potassium. Quoiqu'il en soit, l'iodure est théoriquement indiqué dans tous les cas où il se fait des formations conjonctives jeunes en dehors même de la syphilis : son action, dans les cas de sclérose artérielle, n'est pas discutable, et on ne voit pas pourquoi, il n'en serait pas de même dans les scléroses veineuses. Nous croyons donc qu'il y a bénéfice à utiliser ce médicament qui devra être administré, non plus à doses massives, comme dans les cas de cirrhose syphilitique, mais simplement à doses altérantes, de 50 centigr. à 2 gr. par jour. Si l'on partage les craintes exprimées par M. Bouchard, au point de vue de la toxicité des sels de potasse, ce qui aura quelque raison d'être au cas où le cirrhotique serait en même temps albuminurique, on pourra préférer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium.

Les médecins anglais, qui ont une grande expérience de la thérapeutique de la cirrhose alcoolique, sont presque unanimes à donner le pas à la médication mercurielle sur le traitement ioduré; ils prescrivent les pilules bleues qui ont également donné un succès remarquable à M. le professeur Damaschino. M. le professeur Bouchard accorde la plus grande confiance au calomel administré à doses extrêmement faibles, 2 centigrammes par jour; ce dernier médicament,

en outre de ses propriétés altérantes et cholagogues, présente cet avantage d'être un diurétique, et nous avons vu que l'action diurétique n'était pas à négliger dans la cirrhose.

Les diurétiques doivent être surtout employés dans le but de débarrasser l'organisme des produits toxiques devenus plus abondants depuis que le foie remplit mal sa fonction; ils ont encore cette utilité de s'opposer, dans une certaine mesure, aux progrès de l'ascite et d'en amener la résorption. Les avis, à ce dernier point de vue, sont pourtant assez partagés. M. Lancereaux ne croit guère à l'utilité des diurétiques; M. Millard, au contraire, semble leur accorder une assez grande confiance; il emploie ordinairement une potion diurétique qui contient une certaine quantité de nitrate, d'acétate de potasse et d'oxymel scillitique dans une infusion de baies de genièvre, ou bien encore il donne la macération de digitale.

Ces différents moyens restent souvent impuissants: il est souvent difficile d'obtenir, chez les cirrhotiques, une diurèse abondante, et ce fait peut être attribué en partie à la compression du rein par le liquide ascitique. Aussi, quand on veut mettre en usage la médication diurétique, si l'effet n'est pas immédiatement obtenu, l'augmentation du taux des urines émises se produira presque à coup sûr si la médication est continuée après une ponction. « Loin de redouter cette opération si simple, dit M. Millard, et de la réserver seulement pour les cas où la dyspnée devient menaçante, j'ai pour habitude de la pratiquer d'assez de bonne heure et de la renouveler volontiers dès que la diurèse me paraît trop lente à s'établir. Elle soulage le malade, elle

« permet de se rendre un compte exact de l'état des viscères
« abdominaux, du foie qui, pour le dire en passant, est
« presque toujours gonflé, et de la rate qui, au milieu du
« liquide ascitique, est encore plus difficile à explorer; enfin
« j'ai remarqué qu'après la ponction l'effet diurétique du
« lait et des médicaments paraît activé ». M. le professeur
Jaccoud, dans ses Cliniques de la Pitié, vante aussi la ponction
comme une opération préalable indispensable, si l'on
veut tirer un effet diurétique du régime lacté et des médicaments.

La répétition trop fréquente des ponctions ne va pas sans quelques inconvénients; il est certain que la ponction affaiblit les malades. C'est une véritable saignée séreuse qu'on leur pratique, et comme le fait très bien remarquer M. Du-jardin-Beaumetz, le malade est forcé de puiser dans son sang, et cela dans un temps très court, l'énorme quantité de liquide qui va prendre la place du liquide soustrait. Aussi doit-on être sobre de ponctions, quand les malades sont très cachectiques et visiblement épuisés; on peut, au contraire, la pratiquer plus hardiment chez les cirrhotiques dont l'état général n'est pas trop détérioré. Il est essentiel, en tous cas, de se rappeler que la principale utilité de la ponction, en dehors bien entendu des cas où c'est une opération d'urgence — quand le malade étouffe — est de décompresser le rein et de permettre la diurèse. Quant aux diurétiques, il est probable qu'ils ont peu d'influence sur la disparition de l'ascite, et ils doivent surtout être mis en usage à l'effet de débarrasser l'organisme des déchets nuisibles.

Pour ce qui est des drastiques, la plupart des médecins les condamnent; seul peut-être M. Millard leur trouve des avan-

tages. Nous pensons qu'on doit réserver leur usage aux cas où la barrière rénale est fermée. Si l'insuffisance rénale vient joindre ses dangers à ceux de l'insuffisance hépatique, il pourra être utile d'établir du côté de l'intestin, une voie de dérivation succédanée ; et, bien que la surface digestive ne supplée jamais l'émonctoire rénal que dans une certaine mesure, on pourra cependant chercher l'élimination par cette voie quand la saignée sera contre-indiquée par l'affaiblissement du malade, et quand les essais de neutralisation, de réduction, de substances toxiques n'auront pas complètement réussi.

Dans les cas ordinaires, il suffit d'entretenir le fonctionnement régulier du gros intestin et, comme nous l'avons dit plus haut, la meilleure pratique à cet effet est l'emploi quotidien des lavements froids.

Quant à espérer obtenir la disparition de l'ascite par l'emploi des drastiques, ce serait risquer de faire subir au malade, sans effet appréciable, une médication fatigante.

Nous ne devons pas passer sous silence un fait très-intéressant, signalé récemment par M. Gaucher. Un malade porteur d'une cirrhose à gros foie avec ascite considérable et qui ne pouvait plus supporter le lait, fit une cure de raisin. L'ascite disparut à la suite d'une diarrhée abondante ; le malade guérit : il se remit à boire ; il eut deux récidives et, deux fois, la guérison fut obtenue par le même traitement.

L'amélioration obtenue par l'une quelconque des médications que nous avons signalées, équivalait à une guérison presque complète chez la plupart des malades dont les observations ont été publiées ; ils n'avaient plus d'ascite ; leurs fonctions digestives s'étaient rétablies ; leurs urines étaient devenues claires et abondantes ; ils avaient repris des forces

et un certain embonpoint. Il ne faut pas oublier cependant que la santé de ces individus est des plus fragiles. La récurrence se reproduit avec la plus grande facilité, quand les malades se laissent aller à leurs anciennes habitudes. Aussi est-il indispensable, s'ils veulent s'assurer d'une longue survie, qu'ils se soumettent à une hygiène sévère. Le lait, coupé ou non d'eau de Vichy ou d'une autre eau minérale légère, doit être leur boisson habituelle ; ils doivent éviter les repas trop copieux, s'abstenir de mets excitants, de condiments. Aussi bien on est forcé de s'en remettre le plus souvent à la bonne volonté et à l'intelligence des malades.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

*Cirrhose alcoolique avec conservation du volume du foie. —
Traitement par le lait, l'iode et l'hydrothérapie. — Dis-
parition rapide de l'ascite et des symptômes pénibles. —
Rechute après la cessation du traitement.*

La nommée S... Marie, âgée de 48 ans, marchande des quatre-saisons, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 janvier 1888, salle Sainte-Anne, n° 10, dans le service de M. le professeur Proust.

Cette femme de bonne santé habituelle, a commencé à maigrir et à perdre ses forces, il y a 4 ou 5 mois ; son appétit est devenu capricieux, irrégulier : cependant elle n'a jamais vomi, elle n'a jamais eu de pituites. Il y a deux mois environ, elle s'est sentie gênée dans ses vêtements, et s'est aperçue que son ventre grossissait, tandis que s'amaigrissait d'ailleurs tout le reste du corps.

Actuellement on constate un amaigrissement considérable des quatre membres, des muscles du tronc et des muscles de la paroi thoracique. Myœdème.

Pas d'œdème des jambes ; ventre développé, étalé sur les flancs ; léger déplissement de la cicatrice ombilicale ; dilatation veineuse superficielle, également développée à droite et à gauche

se poursuivant sur la base du thorax. Météorisme de la partie supérieure de l'abdomen ; ascite considérable.

La palpation et la percussion du foie sont également difficiles à cause de l'ampliation considérable de l'abdomen ; toutefois l'organe ne paraît pas augmenté de volume. La rate, au contraire, est manifestement tuméfiée.

Urines rares, rouges, foncées, non albumineuses ; urée, 12 gr.50 dans les 24 heures.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Acné rosacée du nez et des pommettes : coloration bistre de la peau ; pas d'ictère.

Légère anesthésie des quatre extrémités : diminution du réflexe patellaire. La malade a peu de cauchemars, mais elle est tourmentée habituellement la nuit par des crampes dans les jambes et des fourmillements : elle avoue du reste des habitudes anciennes de boissons et elle prenait surtout du vin rouge (2 litres à 3 litres et demi par jour).

Diagnostic. — Cirrhose alcoolique commune.

Traitement. — Régime lacté absolu, iodure de potassium, 3 grammes ; lotions vinaigrées suivies de frictions sèches.

Très rapidement, amélioration arrivant en 20 jours aux apparences d'une guérison complète : disparition presque absolue de l'ascite (la palpation du foie, faite à ce moment, paraît indiquer que le volume de l'organe est à peu près normal). La malade reprend des forces et de l'appétit : elle sort sur sa demande, le 27 janvier, c'est-à-dire, après 20 jours de séjour à l'hôpital, en promettant de continuer dehors son traitement.

Nous avons revu la malade à la consultation de l'Hôtel-Dieu 5 mois plus tard en juillet 1888 : elle ne s'était pas soignée et se présentait dans un état tout à fait pareil à celui qui avait motivé sa première entrée à l'hôpital : elle était de nouveau très-amaigrie et l'ascite s'était reproduite.

Il le pousse à l'acte et il le pousse à l'acte et il le pousse à l'acte

OBSERVATION II (personnelle)

Cirrhose chez un buveur de vin. — Guérison apparente après plusieurs ponctions. — Persistance de l'amélioration, au bout de dix-huit mois.

Le nommé D... Alexandre, âgé de 59 ans, tonnelier, entre à l'Hôtel-Dieu, le 9 mars 1888, salle Saint-Augustin, n° 14 bis, dans le service de M. le Dr Bucquoy. C'est un homme de constitution robuste qui n'a jamais été malade jusqu'en 1884. Il ne s'enivrait pas, mais avoue qu'il faisait une consommation quotidienne exagérée de vin, ce à quoi le disposait sa profession. Il en buvait, en moyenne, cinq litres par jour.

En 1886, il commença à perdre ses forces, à maigrir : il était tourmenté par des pituites fréquentes et son appétit avait considérablement diminué. Son ventre augmenta de volume et il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard où on porta le diagnostic de « cirrhose atrophique du foie ».

Le malade nous raconte qu'à son entrée, il avait un peu d'enflure des jambes : il était très amaigri et son ventre était énorme. On lui fit trois ponctions qui donnèrent issue chacune à six ou sept litres de liquide. Comme traitement, il prenait des purgatifs fréquents et il était soumis au régime lacté. Il resta six mois dans le service de M. Gallard, s'améliorant progressivement. Après chacune de ces ponctions, l'ascite se reproduisait plus lentement : après la troisième ponction, elle cessa de se reproduire. Quand il sortit, il avait repris ses forces et son embonpoint : il reprit son ancien métier et se remit à son régime ordinaire, ne buvant plus désormais que deux à trois litres par jour. Depuis cette époque,

c'est-à-dire depuis un an et demi, sa santé restait parfaite, et il se plaignait uniquement d'une atonie génitale complète.

Depuis deux ou trois mois, il a de nouveau légèrement maigri et son ventre a recommencé à enfler.

Sans la connaissance de ses habitudes alcooliques et sans les commémoratifs dont il nous fait part, il serait difficile d'établir actuellement, chez ce malade, l'existence d'une cirrhose du foie.

A part un léger tremblement des mains, il n'a que des symptômes insignifiants d'alcoolisme. Son sommeil est bon, sa sensibilité intacte et non exagérée. Ses fonctions digestives sont languissantes, mais il n'a pas de pituites.

Le ventre est développé, météorisé légèrement à sa partie supérieure, mais son développement paraît tenir surtout à la surcharge graisseuse de l'épiploon et de la paroi abdominale : on ne trouve pas de signes positifs d'ascite ; le réseau veineux sous-cutané de la paroi de l'abdomen est légèrement plus apparent qu'à l'état normal.

L'examen clinique du foie permet d'assigner à cet organe ses dimensions habituelles : la rate semble, en revanche, manifestement augmentée de volume.

Les urines sont rendues en faible quantité, mais sont d'apparence normale : la quantité d'urée des vingt-quatre heures approche de vingt grammes : l'épreuve de la glycosurie alimentaire, exercée sur cet homme, n'a pas permis de déceler la présence de sucre dans l'urine.

Au bout d'une quinzaine de jours de traitement par le repos et le régime lacté partiel, il sort de l'hôpital en bon état de santé pour reprendre son travail (23 mars).

OBSERVATION III (personnelle)

Cirrhose atrophique. — Régime lacté et iodure, une ponction.

— Amélioration considérable après la ponction. — Pas de reproduction de l'ascite.

La nommée H... Julie, âgée de 45 ans, passementière, entre le 6 janvier 1888, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, n° 24, dans le service de M. le Dr Bucquoy.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 68 ans, mère actuellement bien portante, trois frères et quatre sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Attaque de rhumatisme articulaire dans sa jeunesse : le rhumatisme ne s'est jamais montré de nouveau et n'a laissé aucune trace du côté du cœur. La malade a eu un enfant qui est mort de convulsions, elle est restée bien portante jusqu'au mois d'avril 1886 : à cette époque, elle s'est aperçue que son ventre grossissait, et en même temps, elle souffrait de douleurs dans les lombes.

Elle entre pour la première fois, à l'Hôtel-Dieu, le 14 août de l'année dernière en chirurgie, dans le service de M. le Dr Tillaux; on croyait à une tumeur abdominale. Elle fut ponctionnée et on retira 10 litres d'un liquide citrin. La malade sortit et l'épanchement intra-abdominal ne tarda pas à se reproduire. Elle rentre le 6 janvier courant en médecine, dans le service de M. Bucquoy, se plaignant surtout de faiblesse, d'essoufflements, de manque d'appétit et d'une tension douloureuse dans l'hypocondre droit.

État actuel. — Amaigrissement des membres : ventre très gros, uniformément développé : l'abdomen est le siège d'un épanchement mobile qui se déplace suivant la position que prend la malade dans son lit. La peau est distendue, la circulation vei-

neuse collatérale très marquée. A la percussion, zone de tympanisme sus-ombilical matité des parties déclives et ligne supérieure courbe à fluctuation de distance très nette.

Langue un peu sale : anorexie presque absolue ; constipation.

Le foie semble petit : légère coloration sub-ictérique de la peau et des conjonctives. Cœur et poumon normaux.

Un peu d'agitation nocturne : quelques rêves. Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie des extrémités. Réflexes rotuliens normaux. La malade nie énergiquement des habitudes de boissons.

Léger tremblement de la langue et des lèvres. Urines chargées jumenteuses, très peu abondantes, déterminant au passage une sensation de cuisson.

Traitement : régime lacté ; iodure de potassium, 1 gramme.

7 février. — Ponction donnant issue à 10 litres d'un liquide citrin, clair, transparent. Après la ponction, disparition de la circulation collatérale : l'examen du foie fait reconnaître qu'il est manifestement diminué de volume : la percussion de la rate montre une augmentation légère de la matité longitudinale. La malade supporte difficilement son régime lacté. On lui laisse manger un peu de pain : néanmoins, le taux de l'urine, qui jusqu'alors n'avait pas dépassé 500 grammes, s'élève à un litre le 11 février : l'urine est plus claire : elle ne contient pas d'albumine.

Les jours suivants, la quantité d'urine, émise dans les 24 heures, reste au-dessus d'un litre. La malade reprend de l'appétit et réclame énergiquement des aliments. Comme on persiste à lui imposer le régime lacté, elle quitte le service le 27 février. L'ascite ne s'est pas reproduite : les veines sous-cutanées abdominales sont encore très-apparentes, mais beaucoup moins turgides. L'appétit et le sommeil sont satisfaisants : les forces sont revenues.

OBSERVATION IV (M. Troisier)

Homme âgé de 56 ans, entré dans le service à l'hôpital Saint-Antoine le 27 mai 1886. Depuis quelques jours, il s'était aperçu que son ventre augmentait de volume et que ses pieds s'œdéma-tiaient. L'ascite était évidente, on obtenait la sensation de flot d'une façon très nette. Les veines superficielles des parties laté-
rales de l'abdomen étaient appréciables à la vue et manifestement dilatées. Il n'avait pas de troubles des fonctions digestives, l'ap-
pétit était conservé. Cependant il y avait de l'amaigrissement, et le faciès rappelait assez bien celui que l'on observe dans la cir-
rhose du foie. L'urine était rare, foncée, sédimenteuse, elle ne
contenait ni albumine, ni sucre, ni pigment biliaire. Pas de lésion
cardiaque.

Dans les jours qui suivirent, l'ascite augmenta d'une façon
assez rapide : le ventre se tuméfia de plus en plus : la masse
intestinale était refoulée vers la région sus-ombilicale ; il existait
de la gêne respiratoire. On pouvait évaluer à 7 ou 8 litres la
quantité de liquide épanché dans l'abdomen. Le 1^{er} juin, on consta-
tata que l'œdème des membres inférieurs était un peu moins pro-
noncé : c'était un œdème mou qui n'avait jamais dépassé les deux
genoux.

3 juin. — Régime lacté exclusif (2 litres de lait) : l'urine qui
était rare, la veille encore, devient très abondante.

4 juin. — Urine rendue, 3 litres ; le 5 et le 6 juin, elle fut
de 5 litres 1/2 ; le 8, de 2 litres ; le 9, de 3 litres 1/4 ; le 10,
de 2 litres et demi (chaque jour, 0 gr. 50 d'iodure de sodium).

En même temps, l'ascite diminuait d'une façon surprenante : à
la date du 10 mai on ne pouvait la constater que dans les parties
déclives en examinant le malade dans le décubitus latéral : le 25,

elle avait complètement disparu, ainsi que l'œdème des membres inférieurs.

La diurèse cessa vers le 20^e : du reste, en ce moment on supprima le régime lacté.

L'ascite ne s'est pas reproduite, et aujourd'hui le malade sent que ses forces reviennent : il prétend qu'il augmente de poids (60 kilog.), son appétit reste excellent, et ses digestions sont parfaites.

Le foie paraît augmenter de volume. Il ne déborde pas les fausses côtes, et la matité hépatique ne dépasse pas sensiblement les limites normales (elle est de 9 centimètres au niveau de la ligne mamelonnaire), mais la région hypocondriaque est élargie dans son ensemble, et la mensuration faite à la base du thorax donne une différence de 4 centimètres en faveur du côté droit.

La rate est certainement hypertrophiée ; il est facile de la délimiter : la matité splénique mesure 6 à 7 centimètres dans le sens vertical.

La dilatation des veines sous-cutanées abdominales a disparu.

OBSERVATION V (thèse de M. Le Gall)

La nommée D... Jeanne, âgée de 51 ans, dévideuse, entre le 11 juin à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 3, dans le service de M. le professeur Proust.

Cette femme, qui s'était toujours bien portée, s'aperçut en octobre dernier (1886), que ses fonctions digestives s'altéraient, que son appétit se perdait. En même temps, elle se sentait lasse et sans courage, et elle commençait à maigrir.

Depuis longtemps déjà, ses nuits étaient mauvaises, troublées par des rêves désagréables, des cauchemars. Elle se réveillait en sursaut, en proie à des hallucinations, ou bien elle était agitée

par des secousses involontaires dans les jambes, et des crampes dans les mollets. Régulièrement, chaque matin, elle avait un vomissement aqueux en se levant. Elle affirme que son unique boisson était le vin, mais elle n'avoue pas quelle quantité elle en prenait. Elle buvait aussi du vulnéraire. Elle restait assise la plus grande partie de la journée, et sortait peu de chez elle.

En février, son ventre commence à augmenter de volume. Elle ressent d'assez vives douleurs dans la région du foie, et un médecin y fait appliquer deux vésicatoires.

Au commencement de mai, apparition de l'ictère ; son état s'aggrave subitement. Elle est prise de fièvre : ses gencives se tuméfient et deviennent saignantes à la moindre pression.

A plusieurs reprises, épistaxis très abondantes et selles sanguinolentes.

A son entrée. — Nous trouvons une femme amaigrie, les conjonctives jaunes, avec une teinte sub-ictérique du visage, et quelques varicosités des pommettes et du nez. Léger œdème des deux jambes, accentué surtout au pourtour des malléoles.

Ventre gros ballonné. Cette ampliation de l'abdomen est surtout le fait de météorisme. Bruit hydroaérique à la percussion des parties déclives, mais pas de sensation de flot. Donc, à peine d'ascite. Les veines superficielles de l'abdomen sont notablement dilatées et forment un réseau qui s'étend vers la partie inférieure du thorax. L'hypocondre droit est légèrement amplifié. La pression à son niveau est un peu douloureuse.

Foie volumineux. Sa limite supérieure est au mamelon, sa limite inférieure à un centimètre au-dessus de l'ombilic.

A la palpation, on ne sent aucune irrégularité de sa surface. Son bord libre paraît épaissi. On le déplace facilement par le choc de la main, et il ne paraît pas y avoir beaucoup d'adhérences.

La rate est augmentée de volume. La percussion donne les résultats suivants : Diamètre vertical 8 centimètres, diamètre transversal 10 centimètres. Rien au cœur.

Quelques frottements pleuraux à droite. La peau sèche est le siège de quelques démangeaisons.

Langue un peu rouge sur les bords. Appétit très diminué; les selles sont rares et ont la coloration normale.

Urines. — Couleur acajou. Densité 101,9; 1 litre 1/2 en moyenne par jour. Réaction très nette du pigment biliaire par l'acide nitrique.

Ni albumine, ni peptones.

Urée : 6 gr. 35.

Traitement. — Régime lacté absolu.

Iodure de potassium, 2 grammes.

Douches écossaises sur la région du foie.

Lotions froides.

Sous l'influence de ce traitement, la malade s'améliore légèrement et demande au bout de quelques jours à sortir de l'hôpital, pour continuer son traitement chez elle. Nous l'avons revue le 1^{er} juillet. L'ictère avait diminué, l'œdème des jambes avait disparu. Il n'y avait pas là de fièvre, ni de nouvelles hémorragies.

La malade déclare suivre son traitement très exactement.

OBSERVATION VI (Lancèreaux)

Cirrhose hépatique, ascite, albuminurie, épistaxis, deux ponctions abdominales. — Guérison de la cirrhose depuis plus d'un an, persistance de l'albuminurie.

Hel... Ernest, ancien infirmier, a été pendant treize ans employé aux Halles, où il buvait chaque jour environ trois litres de vin et quelques petits verres d'eau-de-vie de marc. A la Pitié, depuis treize ans, il a exercé successivement le poste d'infirmier

et celui de garçon d'amphithéâtre, mais il n'a pas été beaucoup plus tempérant. Néanmoins, à part de l'insomnie, des cauchemars et des pituites matinales, il se portait bien.

En novembre 1885, il était admis dans le service de mon distingué collègue, le professeur Cornil : il avait alors le ventre volumineux, et vraisemblablement un début d'ascite, sans œdème des jambes : il sortait le 27 de ce mois sensiblement amélioré. Quoique s'amaigrissant chaque jour, il se trouvait assez bien jusqu'au 1^{er} janvier, mais à partir de ce moment son ventre s'accrut rapidement, ses jambes enflèrent, et le 4 février, il demandait son admission dans notre service.

C'est un homme robuste, chauve, variqueux et très amaigri. Les muscles du thorax font la corde (myœdème). Le ventre est augmenté de volume, globuleux, sillonné, dans la région sus-ombilicale surtout, par de nombreuses veines dilatées et très anastomosées.

La courbe de la sonorité et de la matité offre une concavité supérieure. La sensation de flot est des plus nettes, de telle sorte que l'ascite est manifeste. La rate, volumineuse, mesure environ 9 sur 16 centimètres. Les jambes sont fortement œdématiées, les urines sont colorées, acides, peu denses (1012) et albumineuses.

Les poumons sont normaux. Le système artériel et le cœur sont sains. La langue est rouge, légèrement saburrale.

Traitement. — Régime lacté exclusif, quatre pilules de quinquina.

Le 6 au soir, survient une oppression intense qui oblige à pratiquer la paracentèse : dix litres d'un liquide citrin albumineux sont extraits de l'abdomen. Cette opération est suivie d'un certain degré de dépression, avec râles à la base du thorax, qui conduit à prescrire de l'alcool et de l'éther. Le 9 février, l'oppression s'est accentuée, les urines sont rares, toujours albumineuses. Café noir, poudre de scammonée, 1 gramme.

Du 12 février au 1^{er} mars. — Le malade se remonte un peu, mais comme il est tourmenté par des cauchemars et ne dort pas, on lui fait prendre le soir une potion.

Chloral. 3 grammes

Sirop de morphine. . . 30 —

Même traitement, et de plus, iodure de potassium, 2 grammes.

Du 1^{er} au 15 mars. — L'œdème des jambes persiste, les yeux sont bouffis. L'ascite reparaît et augmente peu à peu. La dilatation des veines sous-cutanées abdominales s'accuse davantage ; l'abdomen est météorisé dans sa partie supérieure ; mictions douloureuses ; urines peu abondantes. Continuation du traitement.

Du 15 au 31 mars. — Céphalée intense, oppression et insomnie : ces accidents attribués à l'insuffisance urinaire sont avantageusement combattus par l'eau-de-vie allemande. Toutefois, l'abdomen se développant de plus en plus, une nouvelle ponction abdominale est pratiquée le 30 mars.

Du 11 au 15 avril. — L'ascite se reproduit, les veines superficielles de l'abdomen sont très larges ; une hernie ancienne de l'ombilic qui s'était affaissée à la suite de la ponction, se distend de nouveau et devient saillante. Un nouvel accès d'oppression, nous ayant conduit à prescrire des pilules de Scille, scammonée et digitale, l'œdème des jambes et des bourses diminua, mais l'ascite resta stationnaire.

Du 15 avril au 1^{er} mai. — Même état : épistaxis multiples. Traitement local ; même traitement général, à savoir lait et iodure de potassium.

A partir du mois de mai, l'état général du malade semble s'améliorer ; sa physionomie est meilleure, il prend plus volontiers le lait ; vers le 15 mai, l'œdème des jambes, des bourses et du ventre commence à diminuer.

Les urines sont montées peu à peu de 500 grammes à 3 litres : même régime et même traitement. Le malade pèse 73 kilogrammes.

Dans le courant du mois de juin, pendant quelques jours, somnolence combattue par les purgatifs. La jambe droite est le siège d'une lymphangite qui a pour point de départ une plaie du pied, et qui cède à l'emploi de cataplasmes et aux pansements de la plaie. L'ascite paraît en voie d'amélioration; les veines sous-cutanées, en tout cas sont moins larges. Les urines d'une densité de 1018 sont toujours albumineuses, l'état général continue de s'améliorer : le poids du malade, 75 kilogrammes.

En juillet, le poids est de 77 kilogrammes, et, par conséquent, le malade a gagné en deux mois 2 kilogrammes : d'ailleurs la dilatation des veines abdominales est à peine appréciable, le météorisme est presque nul et l'ascite a en grande partie disparu : le foie dépasse de trois travers de doigt le rebord costal. Le 16 juillet, la hernie ombilicale étranglée, ne pouvant être réduite, est opérée par M. le Dr Kirmisson. Le 20 juillet, premier pansement qui est suivi d'une légère élévation de température : le 22 juillet second pansement. Le 27, le malade a un peu de fièvre, due à ce qu'il a eu l'imprudence de se lever trop tôt. Le 29, troisième pansement : la cicatrisation est presque complète. Le 2 août, quatrième pansement : la cicatrisation est achevée, le ventre est souple, l'ascite a totalement disparu.

Dans le courant du mois d'août, le ventre est souple, sans dilatation veineuse et sans ascite; le foie déborde de deux à trois travers de doigts : les urines, d'une densité de 1018, sont toujours albumineuses. Le 31 août, le malade quitte l'hôpital pour la maison de convalescence de Vincennes : il pèse 76 kilogrammes.

Depuis lors, ce malade est rentré dans notre service où il a continué à bien se porter, puis il a repris un service d'infirmier à l'hôpital et aujourd'hui, bien qu'il n'observe pas toujours les conseils que nous lui avons donnés sur la nécessité d'une tempé-

rance absolue, il continue à bien se porter; son foie est à peu près normal; son embonpoint convenable : il se nourrit bien, travaille et présente à peine des traces d'albumine dans son urine.

OBSERVATION VII (Lancereaux)

Cirrhose alcoolique. — Ascite, pleurésie avec épanchement à droite. — Régime lacté exclusif, iodure de potassium. — Guérison.

Martin P..., âgé de 38 ans, né dans les Vosges, est venu en 1874, à Paris, où pendant deux ans il a exercé la profession de porteur aux halles, profession fatigante et qui l'a conduit à boire, pour le moins deux litres de vin par jour.

Quelques temps après, il se fait marchand de caisses vides, ce qui consiste à acheter aux marchands en gros des halles, des caisses vides qu'il revend ensuite aux petits commerçants, et tous les marchés étant conclus chez des marchands de vin, il en résulte qu'à la fin de la journée, il a bu de 5 à 6 litres de vin. Il nie formellement avoir fait usage d'eau-de-vie; d'ailleurs à part des pituites, un léger degré d'insomnie et des crampes, il présente peu de phénomènes d'intoxication alcoolique.

La tuméfaction de l'abdomen est le phénomène qui tourmente le malade et l'amène à l'hôpital le 15 février 1883. C'est un homme robuste, bien constitué et jusque-là bien portant, qui a maigri depuis quelque temps, mais qui pèse encore 78 kilogrammes. Les jambes n'ont rien : le ventre est saillant, ballonné, surtout au-dessus de l'ombilic où existe un son tympanique, tandis qu'au-dessous et de chaque côté, aux parties déclives, on perçoit de la matité (ascite). Les veines superficielles de la région sus-ombilicale élargies, se dessinent sous le tégument.

Le foie, volumineux et régulier, dépasse de deux à trois travers de doigt le rebord costal ; il est ferme, induré, très légèrement inégal. La rate est augmentée de volume. Le cœur est intact, mais il existe quelques râles de bronchite dans les poumons.

Appétit médiocre. Selles parfois décolorées. Les urines assez rares sont acides et chargées de sels ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. Les nuits sont généralement mauvaises, le sommeil est difficile et souvent accompagné de cauchemars (Régime lacté exclusif ; 2 grammes d'iodure de potassium par jour).

Du 18 au 23 février, vomissements pituiteux et verdâtres, le matin ; le lait est accepté et digéré. Le volume du ventre tend à s'accroître ; les urines varient entre 1/2 litre et 3/4 de litre. Leur analyse faite le 22 par mon pharmacien, M. Gallois, a donné les résultats.

Quantité.	750 gr.
Coloration.	Jaune rougeâtre.
Réaction. !	Acide
Densité	1030
Urée.	28 gr. 50
Acide phosphorique anhydre	1 gr. 90
Acide phosphorique ou phosphates.	3 gr. 80

Malgré le régime et le traitement, l'amaigrissement s'accroît, car le malade ne pèse plus que 76 kilogrammes le 19 et 73 kilogrammes le 25 février. Le tissu adipeux disparaît à vue d'œil, les muscles du thorax amaigris se contractent partiellement sous le doigt qui les excite. Le 28, la dose d'iodure de potassium est portée à 3 grammes ; ce jour-là, le malade rend un litre d'urine. Les jours suivants, il a des pituites presque chaque matin ; sa langue se sèche, devient rouge ; il continue le régime du lait.

Le 6 mars. — Épistaxis. Poids 71 kil. 500. Urines sans changement, persistance des pituites. Le 10, il existe deux petites es-

chères à la région sacrée. Le météorisme de l'abdomen et l'ascite n'ont pas changé. Le 15, poids 70 kilogrammes. Le 17, les urines ont augmenté, 1 litre 1/4. Bain tiède, frictions sur la peau avec alcool camphré. Le 21, poids 69 kilog. 500. Le 24, la quantité des urines rendues dans les vingt-quatre heures est de deux litres, le volume du ventre tend à diminuer, les veines superficielles de l'abdomen sont moins larges. Le 6 avril, on constate à la base du poumon droit, où existait de la matité depuis quelque temps, les signes d'un petit épanchement ; l'ascite et le météorisme diminuent sensiblement pendant ce mois.

Le 1^{er} mai. — Le poids du malade a augmenté, il est de 70 kilogrammes 500. Les veines de l'abdomen sont à peine appréciables, l'ascite diminue progressivement. Le 15 mai, elle a presque entièrement disparu, le ventre est affaissé, le foie déborde encore de deux travers de doigt, l'épanchement pleural persiste, le malade pèse 72 kilogrammes ; il sent revenir ses forces et malgré nos observations, il demande sa sortie, promettant de continuer le traitement au dehors.

Le 28 février 1885, il rentre dans notre service, il est toujours un peu maigre, mais il n'a plus d'ascite, et son foie déborde à peine. Il sort au bout de quelques jours, mais le 6 août 1886, il vient nous revoir : il a repris un certain embonpoint, il ne présente pas trace d'ascite et le volume de son foie est à peu près normal.

OBSERVATION VIII (Lancereaux).

Cirrhose alcoolique. — Excès de vin, quatre à six litres dans les 24 heures. — Epistaxis de selles sanguinolentes. — Régime lacté exclusif, douches et iodure de potassium.

Gr..., Jean, âgé de 52 ans, maçon, est né d'un père buveur de vin qui est mort de pneumonie à l'âge de 45 ans et d'une mère

qui a succombé à la suite d'une couche. Il habite Paris depuis l'année 1850, où il exerce la profession de maçon. Soldat pendant la guerre de 1870, il est depuis lors employé dans un débit de boissons et boit, depuis plus de dix ans, de trois à six litres de vin par jour et un petit verre d'alcool.

C'est un homme robuste qui présente des varicosités du visage et un léger tremblement des lèvres et des mains. Il se plaint de cauchemars, de réveils en sursaut, de crampes, picotements et fourmillements aux extrémités des membres avec abolition du réflexe patellaire et pituites au réveil, tous symptômes mettant hors de doute l'existence d'une intoxication par l'alcool.

Le 11 avril 1882. — Il est admis dans mon service à la Pitié parce qu'il dépérit et que depuis un certain temps son ventre prend des proportions considérables.

Nous trouvons en effet que les veines sous-cutanées abdominales supérieures sont apparentes et manifestement dilatées, que le ventre est saillant surtout à l'épigastre et qu'il y a du liquide épanché dans la cavité péritonéale. Le foie déborde à peine suffisamment, pour permettre de reconnaître qu'il est induré et non douloureux.

Les organes thoraciques sont intacts : les urines d'une densité de 1020 ne renferment ni sucre, ni albumine. Poids, 149 livres (Régime lacté exclusif, 2 grammes d'iodure de potassium et une douche chaque jour).

Le malade prend tout d'abord trois litres de lait, mais en même temps il voit reparaître une diarrhée à laquelle il est sujet. Les selles sont liquides, verdâtres, comme si elles contenaient des herbes finement hachées ; elles renferment parfois du sang.

A partir du 25 avril, ce malade parvient à boire quatre à cinq litres de lait ; il continue l'emploi de l'iodure de potassium et des douches. La diarrhée persiste, l'ascite disparaît, l'abdomen est toujours volumineux.

Le 25. — Les veines sous-cutanées de l'abdomen sont moins apparentes, et le volume du ventre tend à diminuer; quoique la diarrhée persiste, le poids du malade s'est élevé, 152 livres.

Le 1^{er} mai. — Même état, épistaxis la veille et dans la nuit, céphalalgie légère. A partir de ce moment, l'abdomen reprend peu à peu sa physionomie normale. Le poids varie peu, cependant il augmente dans le mois de juin, et le 1^{er} juillet il était de 156 livres. Le régime lacté est alors remplacé par le régime alimentaire ordinaire, et le 11 juillet, notre malade se sentant bien, n'ayant ni ascite, ni météorisme, demande sa sortie.

OBSERVATION IX (Lancereaux)

*Cirrhose alcoolique (Excès de vin). — Météorisme et ascite.
— Guérison.*

Tonnel... François, âgé de 38 ans, garçon charbonnier, célibataire, habite Paris depuis l'âge de 20 ans, époque à laquelle il s'est mis à boire du vin. Il a l'habitude, en outre, de prendre quelques verres de vulnéraire; aussi ses réflexes plantaires sont-ils exagérés, et la sensibilité des extrémités est-elle très vive. La face est d'ailleurs rouge, injectée, parsemée de varicosités; les lèvres et les mains sont légèrement tremblantes. Le malade est peu exposé aux cauchemars et aux pituites, mais il souffre fortement de crampes pendant la nuit. Il se portait relativement bien, quand, vers janvier 1884, il s'aperçut que son ventre était devenu gênant et volumineux; admis dans un service hospitalier, il y séjourna pendant environ deux mois et le quitta sensiblement amélioré. Mais un mois plus tard, la tuméfaction de l'abdomen avait disparu et le malade se sentant dépérir à nouveau, entre dans notre service le 4 mars 1884.

C'est un homme robuste, amaigri, dont l'abdomen fortement météorisé dans sa région supérieure, contient dans ses parties déclives une très faible quantité de liquide. Les veines sous-cutanées abdominales sont d'ailleurs dilatées. Le foie uniformément développé, s'étend depuis le mamelon jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal, il est ferme, résistant, manifestement induré. La rate, augmentée de volume, mesure 12 sur 18 centimètres. Les urines sont colorées et rares, sans sucre ni albumine. Le cœur et le poumon n'offrent aucun désordre fonctionnel ou matériel. Insomnie, sensation de picotement, de crampes sont les principaux troubles, intéressant le système nerveux. L'existence de ces troubles rapprochés des habitudes du malade, de l'état de l'abdomen et du foie, rendaient certain le diagnostic de cirrhose alcoolique. Nous prescrivons : régime lacté exclusif, iodure de potassium 2 grammes, une douche froide en jet brisé chaque matin. Il ne se produit aucun changement bien appréciable jusqu'au 8 avril, mais à ce moment, le météorisme abdominal diminue le ventre s'affaisse, l'ascite tend à disparaître, les veines sous-cutanées de l'abdomen sont moins larges. Le 25 avril, le foie et la rate sont notablement moins volumineux ; le premier de ces organes ne déborde plus que de deux travers de doigt.

Le 13 mai. — Le malade exigé sa sortie malgré les remontrances. Son foie a encore diminué de volume, l'abdomen est normal : l'appétit est bon et l'embonpoint tend à revenir.

OBSERVATION X (Lancereaux).

Cirrhose alcoolique avec augmentation de volume du foie sans ictère. — Ascite et purpura symétrique des deux jambes. — Amélioration énorme.

C... Charles, âgé de 41 ans, typographe, est depuis longtemps un buveur de vin : dès l'âge de 20 ans, il consommait 3 et 4 litres

de ce liquide, plus tard 5 à 6 litres, mais dans ces derniers temps d'après ce qu'il raconte, il ne pouvait plus boire que 2 litres et demi à 3 litres. En tout cas il est atteint depuis plus de deux ans, de pituites au moment de son réveil, il a chaque nuit de l'insomnie, des rêves terrifiants; des crampes dans les jambes, des picotements et des sueurs aux extrémités. Dans les derniers jours de l'année 1886, il perd l'appétit et dépérit en même temps que son ventre augmente de volume.

Admis dans notre service le 16 janvier 1887, nous trouvons indépendamment des phénomènes déjà signalés, la sensibilité symétriquement diminuée aux jambes (botte d'égoutier) et à la limite de cette diminution, un peu au-dessus des genoux, une zone d'hyperalgésie.

L'abdomen est volumineux, considérablement météorisé dans sa moitié supérieure, tandis qu'à sa partie inférieure il existe un épanchement ascitique manifeste. Les veines sous-cutanées des hypocondres sont du reste saillantes et dilatées.

Le foie mesure 21 centimètres au niveau de la ligne mammaire, il dépasse le rebord costal de plusieurs travers de doigts, est dur, inégal, libre d'adhérences. La rate est volumineuse, manifestement congestionnée; l'urine colorée, neutre, d'une densité de 1010 ne renferme ni sucre, ni albumine. Le cœur et les poumons sont intacts, l'appétit est médiocre : le malade continue d'avoir des pituites le matin; il n'a pas de trace d'ictère, mais un acné symétrique de la face. Son poids est de 85 kilogrammes (traitement, régime lacté exclusif, iodure de potassium à la dose de 2 grammes, plus tard 3 grammes, douches).

Aucun changement appréciable pendant quinze jours; les urines sont abondantes, voici le résultat de leur analyse le 10 février : quantité 3 kilogrammes 500. Réaction neutre, densité 1010. Urée, 6 grammes 30 par litre. Ni sucre, ni albumine. Le 15, le poids du malade est de 81 kilogrammes, mais cette diminution de

1500 grammes est sans doute le résultat de la disparition presque complète de l'ascite et de l'œdème des jambes.

Le 15 mars. — Le météorisme persiste encore : cependant il n'y a plus ou très peu d'ascite : la dilatation des veines sous-cutanées des hypocondres se voit à peine. Le poids du malade est de 82 kilogrammes : le 3 mai, il est de 86 kilogrammes : le 6 juillet, de 89 kilogrammes : il n'y a plus ni ascite, ni météorisme, ni œdème, ni purpura. Le foie quoique diminué de volume, dépasse encore de deux travers de doigt le rebord costal : il mesure 19 centimètres au niveau de la ligne mammaire.

Ce malade, encore à l'hôpital, continue à bien aller, et aujourd'hui, 30 août, son embonpoint est revenu : il pèse 90 kilogrammes ; son foie dépasse à peine le rebord costal, son appétit est bon : il fait usage des aliments ordinaires.

OBSERVATION XI (Lancereaux)

Cirrhose alcoolique. — Régime lacté absolu et iodure de potassium. — Guérison.

Le nommé D... Eugène, âgé de 43 ans, a perdu sa mère à l'âge de 62 ans, d'une affection vraisemblablement hépatique ; et son père, à l'âge de 70 ans, d'une pleuro-pneumonie. Lithographe à partir de l'âge de 14 ans, il a contracté depuis cette époque l'habitude de prendre à jeun un petit verre de mêlé-cassis, mais, en outre, il buvait une assez forte quantité de vin aux repas. Pendant la campagne de 1870, il remplace le mêlé-cassis par l'eau-de-vie blanche, 60 grammes environ par jour. Plus tard, il continue à prendre la même dose d'eau-de-vie et boit en outre de deux à trois litres de vin chaque jour. Il avait alors des rêves, de l'insomnie, des crampes.

En 1882, sur le conseil du médecin qui aurait constaté l'augmentation du volume du foie, il diminua la quantité de vin et d'alcool qu'il prenait jusque-là.

Depuis longtemps d'ailleurs, ce malade avait chaque matin des pituites auxquelles se sont ajoutés en 1883, des troubles digestifs caractérisés par de la pesanteur, du météorisme stomacal, du pyrosis, des nausées et une anorexie habituelle. Ces accidents s'améliorèrent sous l'influence d'un traitement néanmoins : en 1886, le malade eut plusieurs hématomèses suivies de méléna, et, dans les derniers jours de l'année, il s'aperçut que son ventre augmentait tout à coup de volume : le 10 janvier, il était admis dans notre service hospitalier.

C'est un homme amaigri, au teint pâle et basané, dont la moitié inférieure du corps, élargie et saillante, contraste avec la moitié supérieure qui semble rétrécie. Les veines sous-cutanées des régions des hypocondres sont manifestement dilatées. La cicatrice ombilicale est dépliée, saillante : l'estomac dilaté et météorisé. La percussion abdominale, méthodiquement pratiquée, permet de reconnaître l'existence d'une ascite qui remonte à l'ombilic, la sensation de flot est des plus faciles à percevoir, les dimensions de l'abdomen, en circonférence sont de 86 centimètres 1/2. Le foie s'étend du mamelon à un travers de doigt au-dessous du rebord costal, il mesure 12 à 13 centimètres : il est ferme, induré, partout également développé.

La rate est tuméfiée : elle a 16 centimètres sur 13. L'urine peu abondante, acide, d'une densité de 1019, ne renferme ni sucre ni albumine. Les organes thoraciques sont intacts, à part quelques cauchemars, des sensations subjectives et des crampes la nuit dans les membres inférieurs ; les fonctions de l'encéphale ne sont pas troublées (régime lacté exclusif, 2 gr. 50 d'iodure).

Le 26 janvier. — Il est déjà possible d'apercevoir un léger degré d'amélioration dans l'état de l'abdomen. Sa circonférence, en effet, mesure 6 centimètres en moins. Le foie est plutôt petit, il

n'existe pas de vomissements, mais une diarrhée peu abondante qui a duré seulement quelques jours. Le 13 février, l'ascite paraît avoir totalement disparu ; le malade quitte l'hôpital sur sa demande et malgré nous ; sa physionomie est meilleure ; il est moins maigre, et tout fait présumer qu'il va guérir définitivement. En effet, ce malade depuis lors vint se présenter à nous une fois chaque mois et il se trouve toujours mieux. Dans le courant de juillet enfin, je constatai qu'il avait repris des couleurs, de l'embonpoint, et que sa guérison pouvait être considérée comme absolument certaine.

OBSERVATION XII (M. le professeur Bouchard)

Une femme entre dans mon service à l'hôpital Lariboisière le 7 janvier 1886 ; elle a 32 ans. Depuis l'âge de 16 ans, cette femme est domestique chez des marchands de vin ; elle a contracté ainsi des habitudes alcooliques, buvant chaque jour, en moyenne, un ou deux verres d'absinthe et deux à trois litres de vin.

Un an avant son entrée, elle commença à avoir du tremblement, des cauchemars, des pituites le matin. Vers la même époque, quand la journée avait été fatigante, elle observait, le soir, un œdème des membres inférieurs qui avait complètement disparu au réveil. Six mois plus tard, elle ressentait des coliques, les digestions devenaient pénibles, douloureuses, avec éructations ; le ventre se tuméfiait et augmentait graduellement de volume.

Lorsqu'elle fut admise à l'hôpital, elle était très amaigrie, avec teinte terreuse de la peau et légère coloration jaune des sclérotiques. Son ventre était considérablement distendu par l'ascite, les veines sous-cutanées abdominales étaient très-développées. Le foie difficile à explorer paraissait déborder de deux travers de doigt le rebord costal ; sa matité supérieure n'était pas abaissée.

Il y avait une dyspnée qui s'expliquait non seulement par le développement ascitique du ventre, mais aussi par un certain degré de suffusion séreuse dans les deux plèvres, avec submatité, diminution des vibrations dans les deux bases et un point d'égophonie à droite. On entendait des râles bullaires fins dans les deux poumons. Le pouls était fort régulier, il y avait dédoublement du premier bruit du cœur à la base. Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine, ni peptone ; elles étaient fortement colorées sans pigment biliaire.

Je prescrivis 0 gr. 02 de calomel chaque matin et l'alimentation exclusive par le lait et les œufs. Au bout de quelques jours, sur la demande de la malade on revient au régime ordinaire, mais on maintient l'usage quotidien du calomel.

Jusqu'au 20 mars on n'observa pas d'amélioration sensible. Au bout de quinze jours l'égophonie a disparu et l'on perçoit quelques frottements à la base droite. A différentes reprises, les urines deviennent rares et albumineuses ; elles dépassent rarement 800 cc. en 24 heures.

Le 14 février 1886. — Arrygdalite légère qui se résout rapidement.

Le 2 mars. — Réapparition de l'épanchement dans les deux plèvres ; œdème des membres inférieurs ; le ventre est plus distendu, sa circonférence au niveau de l'ombilic mesure 117 centimètres.

Le 20. -- La dyspnée augmentant, on ponctionne l'abdomen et on en retire 22 litres de sérosité citrine.

Immédiatement après on fait l'exploration des organes de la cavité abdominale. Le foie mesure en hauteur sur la ligne mammaire 22 centimètres, sur la ligne axillaire 14 centimètres, sur la ligne médiane 10 centimètres. Son bord inférieur, mousse, dur, présente deux encoches assez profondes. Il dépasse de plus de quatre travers de doigt le rebord costal.

La rate est très volumineuse ; elle mesure 17 centimètres de

long et 11 centimètres de large ; elle est dure, résistante, sans inégalité à sa surface ni sur les bords.

Le 23 avril. — Trente-quatre jours après la première ponction on est obligé de faire une seconde ponction, qui donne issue à 17 litres de sérosité.

Le 12 juin. — Cinquante jours après la seconde ponction, on pratique une troisième ponction qui, par un accident, évacue seulement un demi-litre.

A partir de ce moment l'ascite diminue graduellement.

En mars 1887, on retire par une quatrième ponction 5 litres et demi de liquide. Ce fut la dernière ponction et, depuis près de deux ans, l'ascite n'a pas reparu. A diverses reprises, cependant, on a constaté l'œdème des membres inférieurs et la réapparition passagère de l'albumine dans les urines. Les veines sous-cutanées abdominales se sont effacées graduellement ; elles ne sont plus apparentes aujourd'hui. Le foie s'est un peu rétracté ; mais il dépasse encore de deux travers de doigt le rebord costal. La rate reste invariablement la même.

L'arrêt du processus cirrhotique s'est-il fait spontanément ou a-t-il été favorisé par le traitement ? J'incline vers cette dernière supposition, d'autant plus que, dans le cours des neuf dernières années, j'ai vu la cirrhose enrayée ou guérie chez cinq malades qui avaient été soumis à l'usage longtemps prolongé du calomel à petites doses. Chez notre malade ce médicament a été administré constamment à la dose de deux centigrammes par jour, sauf pendant quelques interruptions de trois à six semaines motivées par l'apparition de la gingivite.

J'ai, chez cette malade, recherché à diverses reprises si l'ingestion du sucre provoquerait la glycosurie.

Le 20 janvier 1886, alors que la maladie était encore en croissance, je fais ingérer 100 gr. de sucre après évacuation de la vessie. Une heure après les urines ne renferment pas de sucre ; mais

au bout de deux heures elles donnent avec la liqueur de Fehling une réduction abondante.

Le 15 juin 1886, alors que l'amélioration était déjà considérable, on administre à 8 heures, après évacuation de la vessie, 120 gr. de sucre; les urines de 9 heures ne contiennent pas de sucre; on en trouve en quantité notable à 10 heures, les urines de 11 heures n'en renferment plus.

J'ai cherché si les peptones ingérées passeraient dans les urines. Deux fois j'ai administré d'un coup 20 gr. de peptone sèche et chaque fois la recherche de la peptone dans les urines a donné un résultat négatif. Je n'en conclus pas que le foie était resté capable de transformer la peptone ou que le foie était encore assez perméable pour ne pas obliger cette substance à passer dans la circulation générale par les voies anastomotiques dilatées. Je conclus plus simplement que le tube digestif était resté normal, que son épithélium était encore capable de déshydrater la peptone et de la ramener à l'état d'albumine. Cette recherche ne me semblait pourtant pas superflue, puisque la peptonurie est fréquente dans les maladies du foie.

OBSERVATION XIII (M. Millard)

Hépatite alcoolique avec ascite. — Six ponctions. — Régime lacté prolongé. — Diurétiques, purgatifs. — Pas d'iodure de potassium. — Guérison depuis seize mois.

M. X..., marchand de vieux métaux, 55 ans, de constitution très robuste, n'ayant jamais eu de maladie antérieure, reconnaît avoir, pendant des années, fait des excès journaliers de boissons; entraîné par son genre de commerce à boire force *canons* chez les débitants, — il buvait presque exclusivement du vin, la valeur de quatre à cinq bouteilles par jour. — Il était souvent surexcité,

mais rarement en état d'ivresse. Depuis plusieurs années, il était devenu dyspeptique, perdait l'appétit, avait du dégoût pour la viande, des pituites matinales, des aigreurs, quelquefois des vomissements alimentaires et bilieux, et de la diarrhée avec un flux hémorroïdal.

En juillet 1886, il commence à maigrir, en même temps que le ventre se développe. En août, pour la première fois de sa vie, il consulte un médecin, le docteur R..., qui constate de l'ascite symptomatique de cirrhose alcoolique, prescrit le vin anti-hydro-pique de Bouyer, des purgatifs et des diurétiques, l'abstinence de vin et le régime lacté. Les urines, qui étaient devenues rares, reparaissent d'abord avec une certaine abondance ; mais le régime lacté est suivi irrégulièrement, et l'ascite fait de tels progrès qu'au commencement d'octobre le docteur R... juge la ponction nécessaire et est obligé de la renouveler trois fois en l'espace d'un mois et demi :

Le 3 octobre, première ponction, 18 litres ;

Le 23 octobre, deuxième ponction, 18 litres ;

Le 15 novembre, troisième ponction, 18 litres.

Le 21 novembre au soir, six jours après, je suis appelé en consultation. Le diagnostic de cirrhose alcoolique n'est que trop évident. Ascite énorme, liquide se déplaçant facilement, dilatation des veines sous-cutanées, foie volumineux mais difficile à délimiter, rate *idem*, pas d'albuminurie, pas d'affection cardiaque, ni syphilis, ni impaludisme antérieur, pas de complication pleuro-pulmonaire, mais grande dyspnée, langue sale, soif, perte absolue d'appétit, etc. L'état était des plus critiques, et le malade me paraissait menacé à bref délai. Cependant nous arrêâmes, avec le docteur R... le traitement suivant :

1° Faire la paracentèse le plus tôt possible ;

2° Les jours suivants, faire prendre, dans les vingt-quatre heures, la potion diurétique aux baies de genièvre ;

3° Deux fois par semaine, purgation avec 15 grammes d'eau-de-vie allemande ;

4° Régime lacté exclusif (suppression absolue du vin et des boissons fermentées).

Quand je quittai le malade, je ne pensais plus le revoir. Je n'en avais pas eu de nouvelles de tout l'hiver, quand j'eus la surprise et la satisfaction de le voir se présenter dans mon cabinet cinq mois plus tard, le 16 avril 1887. J'avoue que je ne le reconnus pas, tant il était amélioré. Il avait subi trois nouvelles ponctions :

Le 23 novembre 1886, quatrième ponction, 18 litres ;

Le 19 décembre, cinquième ponction, 18 litres ;

Le 16 janvier, sixième et dernière ponction, 12 litres.

De sorte que, en moins de quatre mois, on lui avait extrait, en six fois la quantité énorme de 102 litres de liquide. Avec une docilité scrupuleuse trop rare, il n'avait pas, depuis cinq mois, manqué un seul jour de suivre son traitement, et il l'avait supporté à merveille. Les urines avaient pris leurs cours et restaient limpides et abondantes ; l'enflure du ventre avait beaucoup diminué. Quoique fort amaigri, M. X... se sentait plus fort, avait meilleure mine, et commençait à faire de petites sorties depuis la fin de mars. Malgré ces apparences, je constatai que : 1° le foie était encore très tuméfié et rénitent, et débordait de plusieurs travers de doigt ; et 2° l'ascite était loin d'avoir disparu. J'évaluai approximativement à 2 ou 3 litres la quantité du liquide, et je priai M. X... de continuer encore sans modification un traitement qui lui réussissait aussi bien. Je réduisis seulement les purgations à une par semaine, toujours avec 15 grammes d'eau-de-vie allemande, et je conseillai d'ajouter au lait, seule nourriture du malade, un peu d'eau de Vichy (Hauterive).

Le 12 juillet 1887, je le revis pour la troisième fois dans mon cabinet. L'amélioration a fait de nouveaux progrès sous le rapport de la mine et des forces, mais je constate pourtant encore

que l'ascite n'a pas tout à fait disparu. Devant cette persistance, je crois devoir changer un peu les diurétiques et les purgatifs. Je conseille : macération de feuilles de digitale (20 centigrammes dans 125 grammes d'eau froide) à prendre dans les vingt-quatre heures pendant dix jours ; cesser pendant une semaine, y revenir pendant dix jours, et ainsi de suite. Pendant la semaine de repos, prendre chaque jour 2 grammes de sel de nitre dans de la tisane de pariétaire sucrée avec le sirop des cinq racines. Prendre le soir, tous les trois jours, deux pilules hydragogues du Codex. Continuer encore le régime lacté exclusif.

M. X... n'était plus revenu me consulter depuis. C'est par d'autres malades qu'il m'avait adressés, que j'ai su qu'il avait recouvré absolument la santé et repris toutes ses occupations, mais non ses funestes habitudes.

Désireux de me rendre compte de son état après un intervalle de seize mois, je l'ai prié de venir me voir, et, le 9 novembre dernier, il me raconte qu'il a toujours continué, depuis le 12 juillet 1887 jusqu'à ce jour, à faire usage des derniers diurétiques (digitale et sel de nitre), qu'après deux ou trois mois il a renoncé aux pilules hydragogues, qui le dérangent dans la journée, pour revenir à l'eau-de-vie allemande ; mais il n'en fait plus usage qu'une fois par mois. Il n'a abandonné le régime lacté exclusif qu'en septembre 1887 ; il s'est mis graduellement à manger de tout, mais il continu à ne boire que du lait pur ou coupé d'eau de Vichy. Depuis deux ans il n'a pas but une goutte de vin ni d'autre boisson fermentée. Chez les marchands de vin où l'appelle son commerce, et où on l'a fait surveiller ; il ne prend plus que de l'eau gommée. Il a bon appétit et digère facilement ; il n'a plus de pituites, ni de diarrhée, ni de flux hémorrhoidal ; il a retrouvé l'embonpoint qu'il avait à l'âge de quarante ans, 86 kilogrammes au mois de mars 1887, son poids avait été réduit à 50 kilogrammes ; il a donc regagné 36 kilogramme). Il trouve que son ventre est revenu à son état naturel. Mais je constate, au con-

traire qu'il reste encore développé ; que le foie déborde toujours sensiblement les fausses côtes ; qu'il y a une petite hernie ombilicale et un certain écartement de la ligne blanche ; la rate n'est pas possible à délimiter. Je conseille à M. X... de persévérer encore très-longtemps dans l'usage du lait aux repas et dans l'abstinence absolue du vin et des boissons alcooliques, mais de cesser tout remède.

OBSERVATION XIV (M. Millard)

Cirrhose alcoolique. — Ascite, pas d'albuminurie, flux hémorrhoidaire. — Régime lacté prolongé, diurétiques et purgatifs, sans iodure de potassium, ni ponction. — Guérison depuis cinq mois.

M. Ch..., 53 ans, épicier marchand de vins à X... (Seine) a depuis longtemps l'habitude de boire chaque jour beaucoup de vin, et surtout du vin blanc — deux litres au moins en mangeant, et dans l'intervalle des repas ; il prend en outre plusieurs verres de vermouth, supporte bien ces excès quotidiens, n'a jamais été vu en état d'ivresse.

Il a eu de la fièvre typhoïde à dix-sept ans, la variole en 1870, n'a jamais toussé, n'a jamais vomi d'aliments, mais est sujet à de la diarrhée et à un flux sanguin hémorrhoidaire. Il est pâle jaunâtre, émacié et anémié, et offre, au premier abord, l'aspect d'un phthisique, quand, le 25 mars (première consultation), il se présente dans mon cabinet. Il n'a jamais eu ni syphilis, ni fièvre intermittente. Il fait remonter au mois d'octobre 1887 le début des accidents abdominaux actuels. Il a été pris d'un point de côté à gauche (?) ; son ventre a commencé à enfler et a toujours

grossi depuis; en même temps, le visage et les membres supérieurs maigrissent et les forces se perdent de plus en plus.

Pas de bruit morbide au cœur. Rien du côté des organes respiratoires. Pas d'albuminurie. Anémie très prononcée. Ascite considérable (8 à 10 litres environ). Foie volumineux, induré, sans bosselures. Rate difficile à mesurer. Pas d'œdème des membres inférieurs. Le malade a été soigné par un confrère qui a prescrit le régime lacté, mais au début seulement.

Je porte le diagnostic : hépatite alcoolique avec ascite, et je fais la prescription suivante :

1° Se nourrir exclusivement du lait liquide (3 litres par jour), Plus tard, et graduellement on ajoutera au lait des féculents (riz, tapioca, semoule, etc.);

2° Tous les huit jours, purgation avec scammonée, 1 gramme ;

3° Tous les jours, prendre en quatre ou cinq fois la potion diurétique suivante :

Baies de genièvre, 10 grammes, faites infuser dans eau bouillante, 200 grammes.

Ajoutez : nitrate et acétate de potasse, à à 2 grammes ; oxymel scillitique, 30 grammes ; sirop des cinq racines, 35 grammes ; F S. A.

4° Si, dans dix jours, le ventre n'a pas désenflé, faire pratiquer la ponction, et après trois ou quatre jours de repos, recommencer le traitement ;

S'abstenir de toute boisson fermentée, de cidre, de bière, de vin, de liqueurs.

27 mars (deuxième consultation). — Amélioration ; l'enflure a diminué, les urines sont abondantes, le malade se plaint d'insomnie la nuit. Je lui prescris du sirop de chloral, la continuation du traitement, et je permets d'ajouter au lait des féculents et même un peu de pain, et prochainement des huîtres et quelques asperges.

19 avril (troisième consultation). — L'amélioration a fait encore

des progrès ; le foie est moins volumineux, mais l'ascite persiste. Le malade se plaignant de flux hémorroïdaire, je supprime la purgation hebdomadaire avec la scammonée, et la remplace par une petite dose d'huile de ricin deux fois par semaine. La potion diurétique est continuée chaque jour. On ajoute au lait des tisanes de queues de cerises, de pariétaire ou de chiendent. Pastilles de chlorate de potasse pour combattre une gingivite chronique.

20 mai (quatrième consultation). — Nouveaux progrès, mais lents. Même traitement.

21 juin (cinquième consultation). — Amélioration plus marquée, beaucoup moins d'ascite, foie moins volumineux, mais flux hémorroïdal assez fréquent. Le malade mange avec appétit et digère bien son lait et quelques légumes. Je conseille : continuer tout le traitement jusqu'au 1^{er} juillet, et, à partir de ce moment, ne plus prendre la potion diurétique que tous les deux jours ; cesser les purgations régulières bi-hebdomadaires, et se borner à surveiller la liberté du ventre. Dès que le temps le permettra, prendre des bains de Pennès (deux par semaine). En cas de flux hémorroïdal, lavements froids et lotions froides.

23 juillet (sixième consultation). — Je note un progrès considérable. Foie revenu presque à l'état normal. Disparition totale de l'ascite et des flux hémorroïdaux. Pas de tuméfaction de la rate. Persistance de l'anémie, mais augmentation des forces et de l'appétit. Retour manifeste à la santé qui frappe tout son entourage.

Je prescris : continuer l'usage du lait (2 litres par jour, y compris celui qu'on continuera de boire aux repas) ; dragées de lactate de fer, d'abord deux, puis quatre par jour, si elles sont bien supportées. Ajouter au régime un peu de viande rôtie, des œufs, du poisson, du riz, etc., etc. Continuer les bains de Pennès. S'abstenir toujours des boissons fermentées, mais prendre un peu de thé ou de café léger,

22 octobre (septième consultation). — Le malade revient me

voir pour la dernière fois. Il est transformé; il s'est coloré. Quoique encore amaigri, il se sent plus vigoureux, a repris ses affaires et son régime comme auparavant; son foie est rentré dans ses limites; les fonctions digestives sont parfaites; l'appétit est développé, mais le malade continue à boire du lait aux repas et à s'abstenir de tout spiritueux.

La guérison paraît assurée.

CONCLUSIONS

1° En dehors des cirrhoses, dues à la syphilis et à l'impaludisme qui présentent des indications thérapeutiques spéciales, il faut distinguer dans le groupe des cirrhoses alcooliques, des formes diverses au point de vue de la curabilité.

2° La cirrhose classique de Laënnec, à petit foie dur et rétracté, semble rarement précédée d'une période congestive avec hépatomégalie ; il s'agit là sans doute, dans la majorité des cas, d'une sclérose adulte d'emblée, s'établissant par un mécanisme analogue à celui de la sclérose dystrophique. Cette forme ne paraît pas curable.

3° L'analyse des observations de cirrhoses alcooliques guéries montre qu'il s'agissait presque toujours de cirrhoses à gros foie. Cette forme correspond sans doute à une production conjonctive jeune s'effectuant par le mécanisme de la diapédèse. Il n'est pas sûr qu'elle puisse aboutir au petit foie cloûté. Elle est curable si elle est traitée de bonne heure.

4° L'apparition précoce de quelques phénomènes d'insuffisance hépatique ne défend pas d'espérer la guérison.

5° La suppression des boissons alcooliques et le régime lacté absolu sont la base du traitement. Les mercuriaux et l'iodure de potassium paraissent être des adjuvants utiles.

Vu : le Président de la thèse

PROUST

Vu : le Doyen.

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BELLANGÉ. — Étude sur la cirrhose graisseuse (Th. de Paris, 1884).
- BLOCQ ET GILLET. — Les cirrhoses graisseuses envisagées comme hépatites infectieuses (Archives de médecine, 1888).
- BOUCHARD. — Société clinique (Séance du 14 février 1889, discussion par Gaucher, Damaschino, Hallopeau. France médicale, 1889).
- BOUYGUES. — Étude sur certaines altérations du foie chez les tuberculeux alcooliques (th. de Paris, 1889).
- CORNIL. — Leçons sur les cirrhoses (Journal des connaissances médicales, 1883, p. 297, 308, 313, 337, 346, 361).
- CORNIL ET RANVIER. — Manuel d'histologie pathologie, 2^e édition, t. II, p. 165 et suivantes.
- COURTRAY DE PRADEL. — Pathogénie et curabilité de l'ascite (th. de Paris, 1886).
- CYR. — Contribution à l'étude de la cirrhose hépatique (Gaz. hebdomadaire, 1881, n° 32-33).
- Traité pratique des maladies du foie. Paris, 1887.
- DALCHÉ ET LEBRETON. — Cirrhose atrophique à marche rapide. Gaz. méd. de Paris, 1833, p. 302.
- DREYFUS-BRISAC. — Des cirrhoses graisseuses du foie. Gaz. hebd. 1885, p. 102.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Société médicale des hôpitaux, séance du 13 août 1886.
- DUPONT. — De l'hépatite interstitielle diffuse aiguë (Thèse de Paris, 1878).
- FÉRÉOL. — Société médicale des hôpitaux 14 janvier 1887.
- GARANDEAUX. — De la tuberculose chez les buveurs et ses rapports avec la cirrhose (Thèse de Paris, 1878).

- GAREL. — Cirrhose hypertrophique graisseuse (Revue de médecine, 1881).
- GILSON. — De la cirrhose alcoolique graisseuse (Th. de Paris, 1884).
- GUITER. — Des cirrhoses mixtes. Th. de Paris (1881).
- HANOT. — Cirrhose atrophique à marche rapide. Arch. de médecine 1882, vol. I. p. 641 ; vol. II, p. 33.
- Cirrhose tuberculeuse. Congrès de tuberculose, 1888.
- HAYEM. — Société anatomique, 1875.
- HUTINEL. — Étude sur quelques cas de cirrhose avec stéatose du foie. France médicale, 1881, p. 352, 374, 403, 414, 437.
- LANCEREUX. — Leçons sur les cirrhoses, recueillies par Besançon. Union-médicale, 1886.
- id. Cirrhoses du foie ou hépalites prolifératives. Rev. de médecine, 1882, p. 862.
- id. Du traitement des cirrhoses. Académie de médecine, séance du 30 août 1887.
- id. Dictionnaire encyclopédique. Art. Alcoolisme.
- id. Atlas d'anatomie pathologique. p. 52, 53, 302, 303.
- LE GALL. — Cirrhose alcoolique graisseuse. Th. de Paris, 1887.
- LETULLE. — Société médicale des hôpitaux, 23 juillet 1886.
- LEUDET. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, p. 540.
- MILLARD. — Société médicale des hôpitaux (séance du 23 novembre 1888).
- RICHARD. — Société médicale des hôpitaux 26 janvier, 1887.
- RENDU. — Société médicale des hôpitaux, 14 janvier 1887.
- REQUIN. — Pathologie interne, 1846.
- REQUIN. — Note sur un cas de cirrhose avec augmentation du volume du foie (Union médicale, 1849).
- ROSENBLITH. — Étude sur quelques cas de cirrhose hypertrophique graisseuse. Th. Paris, 1884.
- SABOURIN. — Sur une variété de cirrhose hypertrophique du foie (cirrhose hypertrophique graisseuse. Arch. de physiologie, 1881, p. 584).
- Contribution à l'étude des cirrhoses graisseuses. Rev. méd. 1884, p. 113.

SCHACHMANN. — Thèse de Paris. 1887.

Contribution à l'étude d'une forme de cirrhose hypertrophique du foie avec ictère.

STIÉPOWITCH. — Contribution à l'étude de la cirrhose du foie chez les alcooliques. Th. de Paris, 1879.

STRAUS ET BLOCH. — Études expérimentales sur la cirrhose alcoolique du foie. Arch. de physiologie. t. X. n° 7, 1888.

TALAMON. — Cirrhose hypertrophique graisseuse. Progrès médical, 1882, p. 740.

TROISIER. — Société médicale des hôpitaux (Séances du 9 juillet 1886, du 10 décembre 1886).

